

**Методические рекомендации по
ведению документации по уходу в организациях социального
обслуживания, предоставляющих социальные услуги в форме
социального обслуживания на дому в рамках реализации
мероприятий системы долговременного ухода**

1. Общие положения

1.1. Настоящий регламент определяет порядок ведения документации по уходу в организации социального обслуживания социального обслуживания на дому (далее – организации социального обслуживания), в рамках реализации мероприятий системы долговременного ухода (СДУ).

1.2. Область применения: сотрудники организаций социального обслуживания в надомной форме, сотрудники учреждений здравоохранения.

1.3. Национальным стандартом РФ ГОСТ Р 53060-2008 «Социальное обслуживание населения. Документация учреждений социального обслуживания» (утвержденным и введенным в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 17.12. 2008 № 437-ст) определен общий перечень документации, оказывающей существенное влияние на качество предоставляемых социальных услуг, и, в соответствии с которым, функционируют организации социального обслуживания населения, независимо от их типа, вида, форм собственности.

1.4. Нормативные документы:

Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»;

приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 24.11.2014 № 939н «Об утверждении Примерного порядка предоставления социальных услуг в форме социального обслуживания на дому»;

национальный стандарт РФ ГОСТ Р 53060-2008 «Социальное обслуживание населения. Документация учреждений социального обслуживания» (утвержденным и введенным в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 17.12. 2008 № 437-ст);

методические рекомендации «Уход за ослабленными пожилыми людьми», разработанные министерством здравоохранения Российской Федерации, министерством труда и социальной защиты Российской Федерации, федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова»,

министерством здравоохранения Российской Федерации, обособленным структурным подразделением «Российский геронтологический научно-клинический центр», обществом с ограниченной ответственностью «Желтый Крест», общероссийской общественной организацией «Российский Красный Крест», общероссийской общественной организации «Российская ассоциация геронтологов и гериатров»;

приказ ДСЗН г. Москвы от 26.08.2015 N 739 "Об утверждении стандартов социальных услуг";

приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 26.02.2018 N 145

"О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 06.04.2016 N 293";

приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 06.04.2016 N 293"Об утверждении Методических рекомендаций по реализации мероприятий "Московский стандарт поликлиники" и критериев оценки устойчивости его внедрения";

приказ Министерства труда и социальной защиты РФ и Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2017 № 861/1036 «Об утверждении методических рекомендаций по организации социального обслуживания и социального сопровождения граждан, полностью или частично утративших способность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, и оказания им медицинской помощи».

+ московский приказ по паллиативной помощи

2. Термины, определения, сокращения

Получатель социальных услуг – гражданин, который признан нуждающимся в социальном обслуживании и которому предоставляются социальная услуга или социальные услуги;

надомная организация социального обслуживания – юридическое лицо, независимо от его организационно-правовой формы, и (или) индивидуальный предприниматель, осуществляющие социальное обслуживание на дому у получателей социальных услуг;

индивидуальный план ухода (ИПУ) – документ, в котором поставлены цели ухода, направленные на развитие или поддержание способности к самообслуживанию и профилактику рисков осложнений с учетом индивидуальных проблем и ресурсов получателя социальных услуг;

типизация – процесс определения дефицитов самообслуживания гражданина, с последующим отнесением его к определенной группе ухода, в зависимости от количества набранных в результате проведения оценки баллов;

группа ухода– группа получателей социальных услуг, объединенных в результате типизации по признаку нуждаемости в одинаковом объеме ухода;

бланк оценки зависимости от посторонней помощи – основной инструмент типизации для определения способности к самообслуживанию и зависимости от посторонней помощи конкретного гражданина;

папка «История ухода» – комплект документов по контролю объема и качества социальной помощи;

мультидисциплинарная команда – это группа специалистов, которые объединены решением одной задачи на совместно согласованных принципах;

опекун – лицо, которое в установленном законом порядке получило право представления интересов недееспособного лица;

попечитель – лицо, которое, в установленном законом порядке, контролирует действия своего подопечного (несовершеннолетние дети в период с 14 до 18 лет, а также граждане с ограниченной дееспособностью) и дает свое согласие на осуществление всех его прав и обязательств.

3. Описание процессов

В рамках реализации мероприятий системы долговременного ухода необходимо вести указанную ниже документацию для определения тенденции, динамики и качества ухода. Собранная в одном месте информация позволит обеспечить своевременное и качественное наблюдение за состоянием получателей социальных услуг всеми членами мультидисциплинарной команды, давать объективную оценку изменений состояния получателей социальных услуг. Кроме того, предлагаемая документация является подтверждением исполнения персоналом по уходу и иными специалистами организаций социального обслуживания мероприятий по уходу, с личной подписью персонала.

В надомной форме социального обслуживания мультидисциплинарную команду предлагается формировать из социального работника/помощника по уходу, специалиста социальной работы организации социального обслуживания, сотрудников учреждения здравоохранения, осуществляющих медицинский патронаж (врачи и медицинские сестры), гериатрической медицинской сестры, специалиста по реабилитации, врача паллиативной помощи (при необходимости), психолога.

С этой целью организации социального обслуживания, предоставляющие социальные услуги в форме социального обслуживания на дому, необходимо на каждого получателя социальных услуг сформировать единый комплект документов – папку «История ухода».

3.1. Папка «История ухода»

Папка «История ухода» оформляется специалистами по социальной работе отделений надомного обслуживания совместно с медицинскими работниками (при наличии – мультидисциплинарной командой) центров социального обслуживания при принятии получателей социальных услуг

на обслуживание и поддерживается в актуальном состоянии в течение всего периода обслуживания получателя социальных услуг.

«История ухода» представляет собой папку, которая содержит документы в виде комплекта бланков (дневников) с актуальной информацией о получателе социальных услуг. Бланки (дневники) делятся на два вида: те, которые ведутся в обязательном порядке и те, ведение которых назначает врач.

Формирование «Истории ухода» в домашнем обслуживании осуществляется по этапам:

а) на первом этапе специалистами по социальной работе собирается информация о получателе социальных услуг и заполняется «Информационно-титульный лист» с указанием ответственного сотрудника в ЦСОН, его контактных данных.

б) на этапе сбора информации специалистами по социальной работе заполняется бланк «Биографический опросник». Информация бланка касается биографических данных получателя социальных услуг, сведений о профессии, составе семьи, предпочтениях и интересах получателя социальных услуг, жизненных переживаниях, восприятии окружения, привычек в области гигиены, питания, организации отдыха и досуга, а также о состоянии его здоровья.

в) диагностический этап проводится медицинским персоналом организации здравоохранения первичного амбулаторно-поликлинического звена, осуществляющим медицинский патронаж, для выявления проблем получателя социальных услуг с использованием диагностических шкал:

- шкала Нортон – оценка риска возникновения пролежней (приложение №1);
- шкала Морсе – оценка риска падения;
- шкала VAS или шкала гримас Вонг-Бейкера – оценка наличия болевого синдрома;
- индекс массы тела (ИМТ) – оценка риска развития синдрома мальнотриции или наличия избыточной массы тела;
- тест «Мини-Ког» (Mini-Cog) – оценка психического состояния.

г) этап разработки индивидуального плана ухода в домашней форме социального обслуживания организуется в сотрудничестве с учреждениями здравоохранения с учетом дефицитов самообслуживания получателя социальных услуг, индивидуальных ресурсов и возможных проблем, выявленных в процессе типизации. В мероприятия по выполнению ИПУ должны войти услуги из ИППСУ и уточненные виды работ, индивидуально подобранные и направленные на достижение элементарных потребностей для нормальной жизнедеятельности получателя социальных услуг.

д) выполнение мероприятий, согласно ИПУ, подлежит обязательному документированию путем заполнения специальных бланков, которые подшиваются в «Историю ухода». Помощник по

уходу/социальный работник выполняет мероприятия по уходу в соответствии с ИПУ и назначениями лечащего врача/врача патронажной службы (регулярно записывает показатели измерений (АД, уровня глюкозы и т.д.)), фиксирует иные изменения, произошедшие с получателем социальных услуг, заполняя соответствующую документацию (дневники).

Документация ведется в одном экземпляре и хранится на дому у получателя социальных услуг. Предъявляется во время плановых контрольных мероприятий.

Все записи, вносимые в папку «История ухода», должны быть своевременными, грамотными и достоверными. Все сотрудники организаций социального обслуживания и учреждений здравоохранения, вносящие данные в папку «История ухода», несут персональную ответственность за достоверность и своевременность вносимой информации. Данная ответственность закреплена в должностных обязанностях вышеуказанного персонала.

3.1.1. Бланк «Информационно-титульный лист»

1) Бланк «Информационно-титульный лист» заполняется при принятии на обслуживание получателя социальных услуг. Бланком предусмотрена следующая информация о получателе социальных услуг:

- ФИО;
- дата рождения;
- данные контактных лиц;
- ответственный сотрудник в ЦСО и его контакты.

2) Информационно-титульный лист в надомном обслуживании заполняется в соответствии с приложением № 7.

3.1.2. Бланк «Биография»

1) Важная роль в составлении плана ухода принадлежит изучению и заполнению бланка «Биографический опросник». Биография – это описание жизненного пути человека, его восприятие прошлой и настоящей жизни, взаимоотношения с близкими людьми, окружающим миром.

2) Биография является источником информации, позволяющей определить особенности личности человека, оценить его интересы, привычки в области гигиены, привычек питания, привычный ритм жизни, сна, отдыха, пережитых трудностях и достижениях, потерях и страхах, необходимость и разнообразность досуга и занятости, предпочтения в удовлетворении основных потребностей организма.

3) Работа с биографией пожилого человека или инвалида позволяет обеспечить индивидуальный подход в организации ухода, реализовать основные принципы ухода и составить Индивидуальный план ухода. Облегчить уход при развитии деменции.

4) В надомном обслуживании бланк «Биографический опросник» заполняется в соответствии с приложением № 8.

3.1.3. Оценка риска падений (шкала Морсе)

1) Оценка проводится медицинским работником.
2) Шкала Морсе (MorseFallScale) получила наибольшее распространение как метод оценки риска падений. Расчеты величины риска падений по данной шкале чрезвычайно просты и не требуют длительного обследования подопечного.

3) Проводится оценка наличия факта падения в анамнезе, количество острых и хронических заболеваний, психическое состояние, использование внутривенных катетеров, оценивается функция ходьбы и пользование техническими средствами реабилитации (приложение № 2).

4) Оценка параметров проводится в баллах от 0 до 30, в зависимости от показателя. Затем определяется общая сумма баллов.

Суммарный балл 0-4 свидетельствует об отсутствии риска падений, 5-20 баллов – о низком риске падений, однако в обоих случаях рекомендуется тщательный основной уход, 21-45 баллов – это средний уровень риска падений, при этом рекомендуется внедрение стандартизированных мер для профилактики падений, выше 45 баллов – высокий уровень возникновения падений, рекомендуется внедрение специфических мер, направленных на профилактику падений.

3.1.4. Оценка боли

1) Оценка проводится медицинским работником.
2) В практической работе для оценки боли используют различные варианты интервью и опросников.

Наиболее доступными и распространенными являются Цифровая рейтинговая шкала оценки боли и Рейтинговая шкала оценки боли по изображению лица Вонга–Бейкера ВАШ (VAS).

3) Цифровая рейтинговая шкала оценки боли предназначена для самооценки получателя социальных услуг и состоит из десяти делений. Получатель социальных услуг должен сам оценить боль, выбрав числовое значение, которое соответствует интенсивности боли, где 0 означает «боли нет», 10 – «боль невыносимая» (приложение № 3).

4) Рейтинговая шкала оценки боли по изображению лица Вонга–Бейкера (ВАШ - VAS) предназначена для самооценки получателя социальных услуг и состоит из шести лиц-гримас, начиная от смеющегося лица (нет боли), до плачущего (боль невыносимая)(приложение № 3).

3.1.5. Оценка психического состояния

1) Оценка проводится медицинским работником.

2) В настоящее время наиболее простым, доступным и менее затратным по времени при оценке психического статуса получателей социальных услуг считается проведение теста «Мини-Ког» (Mini-Cog).

3) Оценивается способность человека запоминать и повторять слова (три слова) и способность выполнить тест рисования часов (приложение № 4).

4) За каждое воспроизведенное слово ставится 1 балл (максимально – 3 балла за три слова), за правильно нарисованные часы – 2 балла. Неспособность правильно нарисовать часы – 0 баллов.

Общий балл равен сумме баллов: баллы за воспроизведение слов и баллы за рисование часов. Максимальный балл – 5, при результате менее 3 баллов, необходима консультация специалиста.

3.1.6. Бланк «Дневник наблюдения за общим состоянием»

1) Дневник ведется социальным работником/помощником по уходу.

2) С целью динамического наблюдения за получателем социальных услуг заполняется бланк «Дневник наблюдения за общим состоянием» (приложение № 16).

3) Документированию в бланке «Дневник наблюдения за общим состоянием» подлежит все, что непосредственно касается значимых изменений со стороны получателя социальных услуг: в состоянии здоровья, настроении, фиксируются экстренные ситуации (например, лихорадочное состояние, травма, подъем АД и др.), отклонения от индивидуального плана ухода и наблюдения.

4) Запись в бланке «Дневник наблюдения за общим состоянием» ведется социальным работником/помощником по уходу перед окончанием работы на дому, все отклонения и произошедшие события с получателем социальных услуг предъявляются родственникам или врачу (медицинской сестре).

5) Профилактика падений – это стратегия уменьшения риска падений. Она должна быть: всесторонней и многоплановой, поддерживать политику по созданию более безопасной окружающей среды и снижению факторов риска.

Все случаи падений, подлежат обязательной записи максимально подробно. Если падение произошло до визита социального работника, то следует описать падение со слов получателя социальных услуг или свидетелей (соседей).

Для этого делается запись в «Дневнике наблюдений за общим состоянием». На основании полученных данных разрабатывается стратегия по снижению риска падений среди получателей социальных услуг.

6) Алгоритм проведения мероприятия по профилактике падений хранятся в накопительной папке «Рекомендации по уходу» в комнатах для

персонала по уходу, в доступном для персонала месте в организации надомного обслуживания.

7) При направлении получателя социальных услуг на лечение в стационарную организацию здравоохранения, отмечается дата направления с записью об характере госпитализации (направление по экстренным показаниям или на плановое лечение).

8) При необходимости оказания услуг по организации питания, в соответствии с внесенными в ИППСУ услугами, помощником по уходу/социальным работником заполняется бланк «Дневник контроля питания» (приложение № 10).

3.1.7. Бланки контроля жизненных показателей

1) Бланки ведет социальный работник/помощник по уходу.

2) Обязательным при осуществлении ухода в организации социального обслуживания является оценка показателей жизнедеятельности получателя социальных услуг, наблюдение за ними в динамике.

3) В надомном обслуживании для контроля состояния получателя социальных услуг, в соответствии с рекомендациями лечащего врача/врача патронажной службы, заполняются бланки «Дневник контроля артериального давления»(приложение № 11), «Дневник контроля уровня глюкозы в крови» (приложение № 12).

3.1.8. Бланк «Контроль за изменением положения тела получателя социальных услуг»

1) Бланк ведет социальный работник/помощник по уходу при наличии услуги «Позиционирование», согласованной врачом или медицинской сестрой.

2) В соответствии с ГОСТ Р 56819-2015 «Надлежащая медицинская практика. Информационная модель. Профилактика пролежней», обязательным условием при осуществлении ухода за получателем социальных услуг является проведение мероприятий по профилактике пролежней.

3) Мероприятия по профилактике пролежней необходимо проводить получателям социальных услуг с высоким риском и наличием опасности образования пролежней.

4) В Индивидуальном плане ухода отмечаются мероприятия по профилактике пролежней, в том числе, по изменению положения тела получателя социальных услуг, в зависимости от заболевания и состояния(приложение № 5).

5) В надомном обслуживании помощником по уходу/социальным работником заполняется бланк «Дневник осмотра состояния кожных покровов» (приложение № 15).Получатель социального обслуживания (его

законный представитель) или помощник по уходу/социальный работник обязан проинформировать лечащего врача/врача патронажной службы о фиксации изменений кожных покровов и получить от них медицинское заключение и рекомендации по профилактике рисков развития осложнений.

3.1.9. Бланк «Дневник контроля питьевого режима»

1) Бланк ведет социальный работник/помощник по уходу при согласовании с врачом.

2) В надомном обслуживании для маломобильных и лежачих получателей социальных услуг, при необходимости, помощником по уходу/социальным работником заполняется бланк «Дневник контроля питьевого режима» с целью профилактики дегидратации (приложение № 14).

3.1.10. Бланк «Дневник контроля дефекации»

1) Бланк ведет социальный работник/помощник по уходу при согласовании с врачом.

2) Контроль физиологических выделений человека является важным показателем работы организма. Опорожнение кишечника (дефекация) должно проходить регулярно, безболезненно и в должном объеме.

3) В этой связи должен осуществляться контроль за актом дефекации, видом стула, отклонениями от нормы, если они имеются.

4) При изменении вида стула, наличии жалоб со стороны получателя социальных услуг, необходимо задокументировать эти данные в бланке «Дневник контроля дефекации» (приложение № 13).

5) Алгоритм проведения мероприятия по профилактике запоров хранится в накопительной папке «Рекомендации по уходу» в комнатах для персонала по уходу, в доступном для персонала месте в организации социального обслуживания.

3.1.11. Бланк «Контроль наличия болей»

1) Бланк ведет социальный работник/помощник по уходу при согласовании с врачом.

2) Наличие болевого синдрома, выявленного с помощью специальных оценочных шкал, подлежит обязательному контролю, анализу, принятию мер по купированию боли.

3) Подопечные, испытывающие боль, должны наблюдаться специалистами, осуществляющими уход. Итоги наблюдения заполняются в бланке «Контроль наличия болей» (приложение № 6).

4) В бланке отмечаются: жалобы подопечного на боль; ее локализация, иррадиация; действия, провоцирующие болевой приступ (движение, прикосновение, перемещение и др.); что предпринято в каждом конкретном случае.

5) О всяком случае неэффективности принятых мер по купированию болевого синдрома в обязательном порядке необходимо сообщить лечащему врачу/врачу патронажной службы, а в случае наличия статуса паллиативного пациента – врачу паллиативной помощи.

3.1.12. Лист врачебных назначений лекарственных средств

Бланк заполняет социальный работник/помощник по уходу.

Для поддержания здоровья получателей социальных услуг при хронических заболеваниях и в случае острых состояний, врач назначает необходимые (по стандарту ведения) лекарственные препараты.

Бланк «Лист врачебных назначений лекарственных средств» (приложение № 9) заполняется и предъявляется сотрудникам учреждения здравоохранения при необходимости.

3.2. Индивидуальный план ухода

1) Индивидуальный план ухода разрабатывается с учетом индивидуальной нуждаемости, изучения показателей здоровья, результатов специальной диагностики, наблюдений персонала по уходу, способностей и других характеристик получателя социальных услуг.

2) Индивидуальный план ухода разрабатывается в течение первых двух недель нахождения на обслуживании получателя социальных услуг в организации социального обслуживания и окончательно утверждается со второго месяца обслуживания. В течение третьей и четвертой недели первого месяца обслуживания социальный работник/помощник по уходу работает согласно ИПУ. В случае необходимости в ИПУ вносятся окончательные дополнения.

3) Индивидуальный план ухода должен учитывать социальные назначения врача (заключение о рекомендациях и противопоказаниях), полученные из поликлиники(приложение № 17), выявленные проблемы и ресурсы человека и соответствовать группе ухода по результатам типизации.

4) В пилотном проекте по созданию СДУ в надомной и полустационарной формах обслуживания возможны два метода составления индивидуального плана ухода. Организациям социального обслуживания, сотрудники которых не имеют опыта работы с получателями из тяжелых групп ухода и не прошли полный курс обучения, рекомендуется начать с адаптированного ИПУ (см. п. 12). Адаптированный ИПУ позволит получить реальный опыт организации

обслуживания, после чего станет возможно составление индивидуального плана ухода по концепции М. Кровинкель.

При разработке индивидуального плана ухода, руководствуются основными принципами ухода концепции М. Кровинкель, позволяющими выявить потребности получателя социальных услуг, для удовлетворения которых ему требуется посторонняя помощь.

При этом оценивают 13, так называемых AEDL (Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens), что в переводе на русский язык означает: «виды активности и экзистенциального опыта жизни»:

1. «Коммуникация»;
2. «Мобилизация»;
3. «Контроль жизненных показателей»;
4. «Возможность ухаживать за собой»;
5. «Прием пищи/жидкости»;
6. «Опорожнение»;
7. «Переодевание»;
8. «Соблюдение режима сна и отдыха»;
9. «Организация досуга»;
10. «Ощущение своей индивидуальности»;
11. «Создание безопасного окружения»;
12. «Возможность поддерживать и развивать социальные контакты»
13. «Умение справляться с жизненными событиями».

На оценке этих 13 AEDL (видах активности и жизненных событий) происходит составление индивидуального плана ухода.

5) В процессе изучения информации о получателе социальных услуг, его биографии, с помощью использования специальной диагностической оценки выявляются проблемы человека (П), т.е. какие из 13 AEDL у него нарушены, и какие потребности необходимо поддерживать, или замещать.

б) Также оцениваются ресурсы по основным видам активностей (Р), т.е. где он вполне может обходиться сам, и которые надо стимулировать и поощрять. Затем заполняются соответствующие разделы индивидуального плана ухода:

- «Коммуникация»— это возможность человека общаться. Оценивается способность слышать, говорить, видеть, воспринимать речь, концентрироваться, пожелания обращаться на «ты», на «вы», по Имени, по Имени-Отчеству, манера вести беседы, метод вести беседы, мимика, жесты, вербальное/невербальное общение, способность писать, читать, общаться по карточкам, вести диалог, монолог;

- «Мобилизация» — это возможность человека двигаться. Оценивается двигательная активность, насколько мобилен, где и какие есть ограничения, какая помощь в перемещении необходима, какие ресурсы необходимо поддерживать, развивать, болевые эффекты при перемещении, лежачий, необходимость проведения профилактик

пролежней, контрактур, пневмонии, риски падения, индивидуальные особенности, частота и периодичность изменения положения в постели, транспортировка, прогулки, мобилизации вне пределов кровати;

- «Контроль жизненных показателей» – это осуществление регулярного контроля жизненно важных функций организма (давление, пульс, дыхание, температура, глюкозы в крови). В этом бланке, с целью выявления изменений и предотвращения осложнений, документируется периодичность измерений (рекомендации врача), описание возможных критических ситуаций и методов оказания первой помощи (рекомендации врача), определение болей по интенсивности, локализации, возможных причин возникновения, мероприятия по минимизации болевых эффектов (рекомендации врача);

- «Возможность ухаживать за собой» – это способность человека к самообслуживанию. Сюда относят способность к осуществлению личной гигиены, при этом выявляются дефициты и ресурсы по проведению утреннего, вечернего туалета и банных дней с учетом пожеланий и привычек получателя социальных услуг, а также необходимость проведения профилактик развития осложнений, в зависимости от состояния и возможностей человека;

- «Прием пищи/жидкости» – это возможность человека есть и пить. Проводится контроль за полноценным питанием и достаточным приемом жидкости, при этом оценивается способность к самостоятельному приему пищи, проводится выявление нарушений приема пищи, возможность полного или частичного приема пищи, жидкости, необходимость проведения профилактики аспирации, дегидратации (обезвоживание), кахексии, адипозитас, учитываются привычки, возможность аллергии, контроль за увеличением/снижением веса;

- «Опорожнение» – это возможность человека выделять продукты жизнедеятельности. Проводится учет и контроль протекания акта дефекации и деуринации, профилактика обстипации (запоров), возникновения инфекции мочепускающей системы, предоставление необходимой помощи при опорожнении, учет привычек, соблюдение интимной сферы, использование судна, подгузника, стула-туалета, проведение необходимых гигиенических процедур;

- «Переодевание» – это возможность человека одеваться. Оценивается способность самостоятельно переодеваться, подбирать одежду, предоставление только необходимой помощи, учет личных пожеланий и привычек получателя социальных услуг;

- «Соблюдение режима сна и отдыха» – это возможность человека спать, отдыхать и расслабляться. Оценивается соблюдение режима день/ночь, возможные нарушения сна (засыпание/глубокий сон), способность соблюдать паузы отдыха, учет внешних факторов, привычек, возможные ритуалы засыпания, привычный и комфортный ритм сна /пробуждения;

- «Организация досуга» – это возможность человека развлекаться, учиться и развиваться. На основе биографии, оценивается способность получателя социальных услуг организовать свой день, способность самореализоваться, выявляются хобби; с учетом этих данных производится составление комфортного распорядка дня, включающего собственную активность, занятие каким-то любимым делом, социализацию;

- «Ощущение своей индивидуальности» – это возможность человека ощущать свою половую принадлежность и сексуальность (степень стеснения, определенные ограничения, уважение, насколько важно сохранить мужские/женские привычки, например, потребность красить губы, носить галстук, бриться по вечерам или утром), просветительские беседы; возможность выбирать и носить ту одежду и причёску, которая нравится, иметь возможность отличаться от других людей в различных областях.

- «Создание безопасного окружения» – это возможность человека заботиться о безопасности и надежности своего окружения: насколько он в состоянии оценить и предотвратить опасность (обойти препятствие, включить свет в темноте, не идти на явный конфликт, вовремя принимать медикаменты, при необходимости, позвать на помощь). Осознавать, где и в чем необходима помощь персонала или близкого окружения; следовать назначениям врача, например, соблюдать диету, принимать лекарства.

- «Возможность поддерживать и развивать социальные контакты» – это умение и возможности поддерживать старые и создавать новые контакты, отношения в семье, профилактика полной социальной изоляции, учет привычек и желаний (работа с биографией), вовлечение в мероприятия, возможно, индивидуальные занятия, мотивация, сопровождение, вовлечение, побуждение;

- «Умение справляться с жизненными событиями». Оценивается, в состоянии ли получатель социальных услуг самостоятельно вести дела с различными организациями, банками. Существуют ли у него прошлые непроработанные переживания (смерть близких), являются ли они «детьми войны» или участниками войны, их вероисповедание, испытывает ли боязнь смерти, имеет ли желание что-то успеть, что-то сделать, чем он гордится и хочет поделиться, может ли справиться с настоящим состоянием (зависимостью от посторонней помощи, переездом), вести диалоги на эти темы? Определить необходимость подключения психологов, членов семьи.

7) Исходя из полученных данных, необходимо определить приоритеты в работе с конкретным человеком, наметить цели для решения выявленных проблем и поддержания ресурсов, запланировать необходимые мероприятия и манипуляции для достижения поставленных целей.

8) В зависимости от ожидаемых результатов, цели могут быть как краткосрочными, так и долгосрочными, а способы и перечень мероприятий должны быть конкретными.

9) В индивидуальном плане ухода указываются сроки проведения конкретных мероприятий (временно, постоянно, эпизодически).

10) В ходе разработки индивидуального плана ухода решается вопрос о междисциплинарном взаимодействии различных специалистов для совместной работы. Указываются исполнители (врач, медицинская сестра, специалист по реабилитации, специалист по уходу или младший медицинский персонал, специалист по социальной работе или социальный работник, психолог), время и место проведения необходимых мероприятий и манипуляций, а также дата повторного контроля состояния получателя социальных услуг.

11) В соответствии с индивидуальным планом ухода, выполняются все мероприятия по уходу, с учетом индивидуальной нуждаемости, осуществляется обмен информацией между специалистами, ведется документооборот. Пример заполнения индивидуального плана ухода для домашнего обслуживания по концепции М. Кровинкель представлен в приложении №19.

12) Адаптированный план ухода рекомендуется использовать в начале работ по организации обслуживания в домашней форме для получателей из любой группы ухода. Адаптированный план позволит начать предоставлять услуги по уходу максимально быстро после приема гражданина на обслуживание. При этом по возможности следует привлечь иных специалистов, входящих в мультидисциплинарную команду (медиков, психологов, социальных координаторов) в сроки, необходимые для организации ухода с минимизацией рисков осложнений с одной стороны, и для определения направления социализации – с другой.

Пример заполнения адаптированного индивидуального плана ухода представлен в Приложении №20. Для удобства сотрудников (специалистов), ответственных за составление плана ухода, рекомендуем использовать специально сформированный файл в формате Excel.

Из крайней левой колонки «Категория» в выпадающем меню/списке выбираются группы услуг.

В «Категорию 1» попали услуги, из которых можно выбрать только одну услугу. Это группы услуг по покупкам, уборке, стирке, приготовлению пищи, одеванию-раздеванию, купанию, гигиене, кормлению и приему лекарств. Выбрав одну из них, например, «Кормление», во второй слева колонке из выпадающего списка можно выбрать одну из следующих услуг «Подача горячей пищи», «Частичная помощь при приеме пищи» или собственно «Кормление». Выбрать можно одну из них.

Услуги выбираются в соответствии с нормативно-правовыми документами, принятыми в регионе, ИППСУ и реальными потребностями гражданина.

В «Категорию 2» входят группы услуг, при оказании которых можно выбрать несколько услуг. Например, выбрав группу услуг «Передвижение по дому» затем из второй слева колонки можно поставить те услуги, которые будет оказывать соцработник/помощник по уходу: «Помощь при пересаживании», «Пересаживание», «Усаживание на край кровати», «Помощь при ходьбе по дому», «Позиционирование в постели», «Вертикализация». Очевидно, что многим людям возможно, нужно несколько услуг из этой группы, например и «Усаживание на край кровати» и «Помощь при ходьбе по дому».

13) Адаптированный план ухода имеет следующий вид (рисунок 1):

Индивидуальный план ухода						
Помощник по уходу/ социальный работник (ФИО):						
Получатель социального обслуживания (ФИО):						
Адрес:						
Категория 1	Услуга	Периодичность,		Цель	Ресурс (внешний или личный)	Примечание (как выполнять услугу)
		раз/нед	раз/день			
Дополнительные услуги, не вошедшие в основной перечень						
Дата составления						
Подпись клиента						
Руководитель структурного подразделения:				Подпись		

На период пилотного проекта подобный файл в формате Excel позволит упорядочить работу по составлению индивидуального плана ухода. В нем отмечается кратность, необходимая конкретному гражданину. Например, в стандарте услуги указано, что кормление осуществляется три раза в день. Однако, у этого конкретного пожилого

человека есть дочь (ресурс – она кормит своего отца утром и вечером, а днем кормит социальный работник/помощник по уходу).

14) Получатели социального обслуживания – это пожилые люди и инвалиды, жизнь которых затруднена или невозможна без посторонней помощи. Одной из важнейших психологических особенностей получателей социального обслуживания является потребность в уверенности в завтрашнем дне, предсказуемость, определенность. Поэтому график работы социального работника/помощника по уходу, прежде всего, нужен получателю социальных услуг. Также, график необходим в целях осуществления контроля за работой социального работника/работника по уходу, расстановки кадров, планирования замен при больничных или отпусках.

График рекомендуем составлять на один календарный месяц, подпись клиента за отработанные часы ставить в конце каждой рабочей недели. В начале месяца распечатывается два экземпляра графика, один из них всегда хранится на дому у получателя социального обслуживания.

Если клиента обслуживают два работника, то каждый из них имеет свой график. Клиент ставит свою подпись в графике каждого работника.

Это даст возможность получателю социальных услуг самому контролировать правильность работы сотрудников, а также поддерживать дисциплину. В график работы не входит время на переезд (переход) от одного получателя социальных услуг к другому. Соблюдение графика является одним из критериев качества работы сотрудников. Бланк графика представлен в Приложении №21.

4. Ответственность

4.1. Неисполнение ответственными лицами требований настоящего регламента может служить основанием для наложения дисциплинарных взысканий, в соответствии с требованиями Трудового кодекса Российской Федерации.

5. Контроль

5.1. Контроль за исполнением настоящего регламента возлагается на заместителя руководителя организации социального обслуживания, курирующего вопросы долговременного ухода.

ШКАЛА НОРТОН (оценка риска возникновения пролежней)

Физическое состояние		Мышление		Активность		Подвижность		Недержание	
Хорошее	4	Ясное	4	Ходит без помощи	4	Полная	4	Нет	4
Удовлетворительное	3	Апатия	3	Ходит с помощью	3	Слегка ограниченная	3	Иногда	3
Плохое	2	В замешательстве	2	Прикован к инвалидному креслу	2	Очень ограниченная	2	Чаше отмечается недержание мочи	2
Очень плохое	1	Тупоумие	1	Лежачий	1	Полностью неподвижен	1	Чаше отмечается недержание мочи и кала	1

Интерпретация:

15-20 баллов – вероятность образования пролежней невелика

13-14 баллов – вероятно образование пролежней

4-12 баллов – очень высокая вероятность образования пролежней

ЛИСТ ОЦЕНКИ РИСКА ПАДЕНИЯ

Показатель	Баллы
Падение в анамнезе:	
• Нет	0
• Да	25
Сопутствующие заболевания (больше одного диагноза):	
• Нет	0
• Да	25
Имеет ли получатель социальных услуг вспомогательное средство для перемещения:	
• Постельный режим / помощь санитарки	0
• Костыли / ходунки / трость	15
• Придерживается при перемещении за мебель	30
Проведение внутривенной терапии (наличие в/в катетера):	
• Нет	0
• Да	25
Оценка получателем социальных услуг собственных возможностей и ограничений (ментальный/психический статус):	
• Адекватная оценка своих возможностей	0
• Переоценивает свои возможности или забывает о своих ограничениях	15
Функция ходьбы:	
• Норма / постельный режим / обездвижен	0
• Знает и понимает свои ограничения	0
• Слабая	10
• Нарушена	20

Шкала оценки риска падений:

0-4 балла – *нет риска*, рекомендуется тщательный основной уход

5-20 баллов – *низкий уровень*, рекомендуется тщательный основной уход

21-45 баллов – *средний уровень*, рекомендуется внедрение стандартизированных мер для профилактики падений

Более 45 баллов – *высокий уровень*, рекомендуется внедрение специфических мер, направленных на профилактику падений

ОЦЕНКА БОЛИ

1) Цифровая рейтинговая шкала оценки боли

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Цифровая рейтинговая шкала оценки боли (для самооценки взрослых получателей социальных услуг и детей старше 5 лет) состоит из десяти делений, где

0 - означает «боли нет»

10 - «боль невыносимая»

Специалист, оценивающий боль, должен объяснить получателю социальных услуг что:

0 - боли совсем нет,

от 1 до 3 баллов - боль незначительная,

от 4 до 6 баллов - боль умеренная,

от 7 до 9 баллов - боль выраженная,

10 баллов - боль невыносимая.

Получатель социальных услуг должен **сам** оценить боль, выбрав числовое значение, которое соответствует интенсивности боли.

2) Оценка боли по шкале гримас Вонг-Бейкера



Шкала гримас Вонг-Бейкера предназначена для оценки состояния взрослых получателей социальных услуг и детей старше 3 лет.

Шкала гримас состоит из 6 лиц, начиная от смеющегося (нет боли) до плачущего (боль невыносимая).

Специалист, оценивающий боль должен объяснить получателю социальных услуг в доступной форме, какое из представленных лиц описывает его боль.

ТЕСТ «МИНИ-КОГ» (Mini-Cog)

Существует простой тест для определения деменции, проведение которого займет 3-5 минут, а диагноз «деменция» можно подтвердить с большой вероятностью.

Метод включает в себя оценку кратковременной памяти (запоминание и воспроизведение 3-х слов) и зрительно-пространственной координации (тест "рисование часов").

Правила тестирования:

1) Получателю социальных услуг называют и предлагают запомнить 3 слова: *лимон, ключ, шар*

2) Затем просят нарисовать циферблат часов и отметить самостоятельно время 8 ч 20 мин

3) В конце тестирования получателя социальных услуг просят вспомнить и назвать три слова из п.1.

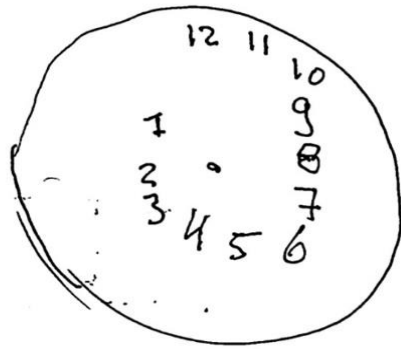
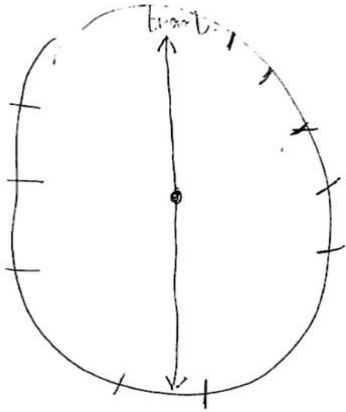
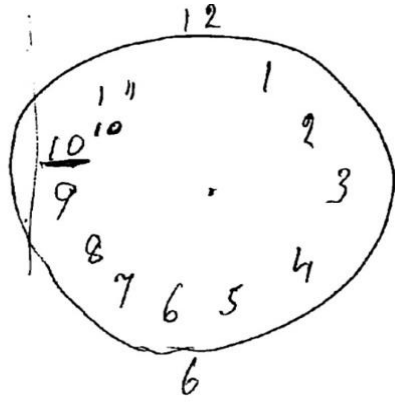
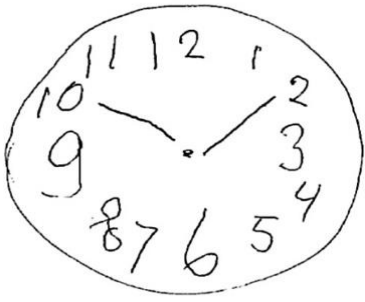
Результат тестирования: Если получатель социальных услуг воспроизвел все слова, деменции нет.

Если получатель социальных услуг не может воспроизвести слова, есть основания подозревать деменцию.

Если получатель социальных услуг воспроизвел слова частично, следует обратиться к результату теста с часами. Если рисование часов нарушено, врач ставит предварительный диагноз «деменция». Если стрелки нарисованы правильно, деменции нет.

Важно обратить внимание на состояние зрения получателя социальных услуг, если зрение слабое, результат может быть ложно положительным.

Примеры нарисованных получателями социальных услуг часов:



КОНТРОЛЬ ЗА ИЗМЕНЕНИЕМ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА ПОЛУЧАТЕЛЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ

ФИО

Дата рождения

Дата	Время	Изменение положения тела правый бок, левый бок, спина, верхняя часть выше, сидя в постели, коляска, стул, сидя на краю кровати и т.д.	Подпись	Дата	Время	Изменение положения тела правый бок, левый бок, спина, верхняя часть выше, сидя в постели, коляска, стул, сидя на краю кровати и т.д.	Подпись	Дата	Время	Изменение положения тела правый бок, левый бок, спина, верхняя часть выше, сидя в постели, коляска, стул, сидя на краю кровати и т.д.	Подпись
	8.00				8.00				8.00		
	10.00				10.00				10.00		
	12.00				12.00				12.00		
	14.00				14.00				14.00		
	16.00				16.00				16.00		
	18.00				18.00				18.00		
	20.00				20.00				20.00		
	22.00				22.00				22.00		
	00.00				00.00				00.00		
	2.00				2.00				2.00		
	4.00				4.00				4.00		
	6.00				6.00				6.00		

В экстренных случаях действовать соответственно листовке «SOS»

КОНТРОЛЬ НАЛИЧИЯ БОЛЕЙ

ФИО _____ Дата рождения _____ палата _____ месяц _____

Дата Время	Состояние боли по оценочной шкале	Локализация боли	Субъективная оценка состояния (общее состояние)	Возникновение боли (в покое, при движении, прикосновении)	Что предпринято	Результат	Подпись

Информационно-титульный лист

Фамилия Имя Отчество:

Дата рождения:

Контактное лицо:

Телефон:

Ответственный сотрудник в ЦСО:

Телефон:

Биографический опросник

ДЕТСВО И ЮНОСТЬ

Родители:

Когда умерли:

Сестры/братья:

К кому из членов семьи имеет особенную привязанность:

Место рождения, переезды:

ПРОФЕССИЯ И СЕМЬЯ

Профессиональная деятельность (образование, место работы):

Семейное положение (женитьба, разводы, потери):

Дети (имена, даты рождения, где живут, живы/умерли):

Близкие люди (соседи, друзья):

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ

Важные жизненные переживания (пережил войну, потеря близких, достижение успеха, жизненные удачи):

Контактность (раньше и сегодня):

Какие критерии особенно важны (аккуратность, точность, вежливость):

Принадлежность к религии (что важно соблюдать):

ВОСПРИЯТИЕ ОКРУЖЕНИЯ

Ограничения зрения:

Ограничения слуха:

Любимая музыка:

Любимые запахи:

Правша/левша:

Какую роль играет активность (движение, участие в мероприятиях):

Отношение к близости (прикосновения желательны/не желательны):

ЗАНЯТОСТЬ

Чем получатель социальных услуг занимался с удовольствием раньше:

- Ведение домашнего хозяйства
- Хобби
- Спорт
- Путешествие
- Домашние животные
- Велосипедные прогулки

Какие темы интересны получателю (политика, кулинария и т.д.):

Какие средства массовой информации предпочитает:

- радио
- телевидение
- газеты

Коллекционирование:

- марки
- монеты
- камни
- не коллекционировал

Любимые игры:

ПРИВЫЧКИ В ОБЛАСТИ ГИГИЕНЫ:

Проведение утреннего/дневного туалета (время, последовательность: лицо, руки, зубы и т.д., частота, ванна, душ):

- холодная вода
- теплая вода

Моющие средства:

Крема, лосьоны:

Как часто и чем чистил(а) зубы (протезы):

Как часто брился:

Как ухаживал(а) за волосами:

ОДЕЖДА

Любимый вид одежды, цвет, карманы (есть/нет), украшения, часы и т.д.:

ПИТАНИЕ, ПИТЬЕВОЙ РЕЖИМ

Любимая еда:

Любимые напитки:

Культура за столом (использование столовых приборов, салфетки):

Телосложение раньше:

- худой
- плотный
- полный
- очень полный

Падает ли вес в последнее время:

- да

- нет

Если да, то почему _____

ОТДЫХ И СОН

В какое время получатель ложился спать: _____

В какой позе получатель привык засыпать: _____

Какую позу получатель не воспринимает: _____

Существуют ли ритуалы (музыка, второе одеяло для ног, ночник, не выключать свет, засыпать под телевизор и т.д.): _____

В какое время получатель встает утром: _____

Спит ли днем, если да, во сколько: _____

От чего расслабляется (тишина, музыка, природа): _____

ЗАБОЛЕВАНИЯ

Были ли тяжелые заболевания в детстве, юности, старости (какие?): _____

Как переживал(а) свои заболевания и болезни близких: _____

Социальные назначения врача общей практики, семейного врача, участкового врача

Дата осмотра

ФИО пациента

Рекомендации

Режим	постельный, домашний, амбулаторный		
Диета	Разрешенные продукты	Запрещенные продукты	
Питьевой режим	Количество	Контроль	
		самостоятельно	необходима помощь
Двигательная активность	Описание	Прогулки	
		самостоятельно	с сопровождением
Прием медикаментов	Перечень, дозировка, кратность приема	Контроль приема	
		самостоятельно	требуется контроль
Осмотр специалистов	Рекомендуемые консультации	Запись на прием и сопровождение в поликлинику	Вызов специалиста на дом
Перевязки	Кратность	Вид повязки	Контроль
			самостоятельно требуется помощь
Использование компенсирующих устройств	Перечень	Возможность использования	
		самостоятельно	необходима помощь
Контроль за показателями	Перечень	Кратность	
	Артериальное давление		
	Пульс		
	Контроль глюкозы		

ФИО врача (подпись) _____

Примеры заполнения дневников

Лист врачебных назначений лекарственных средств

Дата назначения/ Врач	Название медикамента	Форма	Примечание	Дозировка				Дата отмены
				утро	обед	вечер	ночь	
05.04.16 Терапевт	Фуросемид 40мг	табл.		1	-	-	-	
11.11.15 Эндокринолог	Тироксин 50 мкг	табл.	15 мин до еды	1	-	-	-	
01.03.16 Невролог	Алликор	Држ.		-	-	1	-	

Дневник контроля питания

Дата	Приготовленное блюдо	Съедено (да/нет)	Примечание	Иные блюда	Съедено (да/нет)	Примечание
05.10.18	Борщ, котлеты, каша рисовая молочная	да	Каша слишком сладкая	Блины	да	Соседка

Дневник контроля артериального давления

Дата	Время	Артериальное давление	Пульс	Примечание
05.06.16	08.00	160/88	72	Жалуется на головную боль. ½ таблетки Энап
	12.00	140/80	66	Жалоб нет

Дневник контроля уровня глюкозы в крови

Дата	Время	Глюкоза в крови	Примечание
04.08.16	08.00	4 ммоль/л	До еды

Дневник контроля дефекации

Дата	Время	Примечание
11.04.16	10.00	После слабительного
12.04.16	12.00	Без слабительного

Дневник контроля питьевого режима

Дата	Время	Вид напитка	Количество, мл
01.10.16	08.00	Чай с молоком	200
	10.00	Вода	100

Дневник уборки

Дата	Примечание
13 января	Уборка кухни (плита), сан узла (ванная и унитаз), коридора
15 января	Уборка жилой комнаты

Таблица осмотра состояния кожных покровов

Дата	Время	Состояние кожных покровов	Примечание
11 января	9.30	Кожные покровы без изменений	
15 января	15.00	Потёртость на пятке слева розового цвета	Сообщила родным в 16.00

Таблица наблюдений за общим состоянием

Дата	Время	Событие/наблюдение/описание
10.03.16	10.00	Долго спала, не хотела вставать, жалоб нет
11.03.16	18.00	Начала ходить с ходунками

Социальные назначения врача общей практики, семейного врача, участкового врача

Дата осмотра 20.01.2019

ФИО пациента Иванов И.И.

Рекомендации

Режим	постельный, <u>домашний</u> , амбулаторный	
Диета	Разрешенные продукты	Запрещенные продукты
	Нежирные сорта мяса, рыбы, ржаной хлеб, овощные супы, овощи-капуста, баклажаны,	сладости, конфеты, выпечка, печенье, сладкие фрукты - бананы, виноград; овощи - свекла, горох, бобы,

	патиссоны, кабачки; грибы, зелень	картофель	
Питьевой режим	Количество	Контроль	
	1,5 литра	<u>Самостоятельно, под контролем количества</u>	необходима помощь
Двигательная активность	Описание	Прогулки	
	прогулки ежедневно по 30-40 мин.	самостоятельно	<u>с сопровождением</u>
Прием медикаментов	Перечень, дозировка, кратность приема	Контроль приема	
	1. Инсулин Лантус 16 ед утром до завтрака, 24 ед. в 21 час, 2. Метформин 850 мг вечером, 3. Эналаприл 5 мг 2 раза в день, 4. Аторис 10 мг вечером.	самостоятельно	<u>требуется контроль</u>
Осмотр специалистов	Рекомендуемые консультации	Запись на прием и сопровождение в поликлинику	<u>Вызов специалиста на дом</u>
	Ортопед (для решения вопроса о подборе специальной ортопедической обуви (летней, зимней, домашней)).		
Перевязки	Кратность	Вид повязки	Контроль
	ежедневно	Воскопран с метилурацилом	самостоятельно <u>требуется помощь</u>
Использование компенсирующих устройств	Перечень	Возможность использования	
		самостоятельно	необходима помощь
Контроль за показателями	Перечень	Кратность	
	Артериальное давление	ежедневно	
	Пульс	ежедневно	
	Контроль глюкозы	1 раз в неделю натощак в 6 утра	

ФИО врача (подпись) _____

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН УХОДА

Ф.И.О. Смирнов Василий Иванович Дата рождения: 05.12.1928 год Дом. адрес: _____

Группа типизации -4 - Наблюдается у врача-гериатра

Риски возникновения пролежней: 16 баллов по Шкале Нортон (вероятность образования пролежней невелика)

Риск падения: 85 баллов по шкале Морса (уровень высокий)

Наличие болей: боли в оперированной ноге, общая слабость.

Индекс массы тела: 24. Рост 173 см., вес приблизительно 72 кг.

Заключение о противопоказаниях и рекомендациях:

Противопоказания: самостоятельный подъем/спуск с лестницы, прием алкоголя, соленого и острого.

Рекомендации: разнообразить питание (по возможности), свежий воздух, движение, содержательное общение. Ведение Дневников осмотра кожи, контроля АД.

Настоящее состояние:

Физическое состояние: Перелом шейки бедра в анамнезе, произведен остеосинтез. Передвигается с трудом с помощью ходунков, в последнее время, примерно за последние 3 месяца, похудел, ИМТ уменьшился с 27,3 до 24.

Психологическое состояние: нормальная ориентация во времени и пространстве, делится своими воспоминаниями и переживаниями, давно похоронил свою жену. Всю жизнь прослужил в Вооруженных силах. Привык руководить большим количеством подчиненных, добиваться поставленных целей, после выхода в отставку с удовольствием

занимался участком, построил дом, был председателем садоводческого товарищества, много сделал для своих соседей по даче, привык сам справляться со всеми трудностями, в том числе бытовыми. В настоящее время отмечено снижение настроения на фоне ухудшения здоровья, вынужден длительное время находиться в комнате. Это «заточение» его очень удручает, при этом выходить даже на балкон – на воздух – он отказывается из-за боязни опять упасть, остро ощущает свою зависимость.

Социальная жизнь, контакты: Дети и внуки живут отдельно от деда, имеют свои семьи. Поддерживает с ними контакт по телефону. Когда остается один, часто звонит по всем адресам, где ему могут оказать помощь. При этом, какую именно, сформулировать не может. Прослыл «конфликтным жалобщиком». На всех обижается, считает, что его недооценивают и не уважают, требует особых привилегий. Слышит плохо, радио или телевизор работают очень громко, интерес к чтению потерял.

Дата	Проблемы (П) Ресурсы (Р)		Цели	Запланированные манипуляции (кто, когда, как, где)	Дата контрол я	Соответс твие ИПСУ
1. КОММУНИКАЦИЯ						
11 января	Р	Речь внятная, произношение не нарушено. Может говорить. Может общаться по телефону. Бывший военный, имеет соответствующий стиль	Поддержка коммуникативног о ресурса.	1. При общении, соц. работник держит зрительный контакт, говорит громко, четко понятно сформулированными фразами. 2. При ведении диалога, подходить к В.И. на расстояние, на котором он слышит сказанное и со стороны, с которой он		1.3.3 1.3.3

		общения.		<p>слышит лучше. После сказанного убедиться, что он понял информацию в том виде, в котором она доносилась.</p> <p>3. При разговоре по телефону, убедиться, что В.И. услышал доносимую до него информацию.</p> <p>4. Поставить вопрос врачу общей практики о консультации врача-сурдолога и возможности получения слухового аппарата. При наличии слухового аппарата, следить за его чистотой и исправностью.</p>	18 января	
	П	Плохо слышит.				
	П	При разговоре по телефону, в связи с плохим слухом, есть опасность искажения принятой клиентом информации, не всегда может выразить свои мысли.				1.3.3
2. МОБИЛИЗАЦИЯ						
11 января	Р	В состоянии самостоятельно передвигаться с помощью ходунков.	<p>Минимизация риска падения.</p> <p>Обеспечение возможности свободно</p>	<p>1. Специалистам соц. защиты связаться с родственниками и решить проблемы с высокими порогами квартиры для беспрепятственного передвижения в ее пределах. По необходимости, определить места в квартире, где</p>	18 января	1.4.3
	П	Высокий риск падения (85 баллов по шкале Морса). Страх падения по причине высоких				

		порогов.	передвигаться по квартире, выходить на балкон, осуществлять прогулки.	необходимы поручни. 2. Проверить, какая инвалидная коляска проходит в дверные проемы, т.к. прогулки на балкон возможно осуществлять с помощью соц. работника, сидя в коляске, как и прогулки на улице. 3. Специалистам соц. защиты связаться с коммунальными службами для ускорения процесса строительства пандуса в доме. 4. Соц. работник, при посещении В.И., сопровождает его при перемещении с ходунками по квартире, на балкон и наблюдает за сложностями перемещения и местами в квартире, где они возникают. Следить за исправностью ходунков. 5. По пути в квартире из комнаты на кухню создать возможность	12 февраля 12 февраля	
П	Не выходит на балкон из-за боязни упасть, не бывает на свежем воздухе.					
П	Не в состоянии совершать прогулки вне пределов квартиры по причине невозможности преодолеть ступени и отсутствия пандусов в доме.	1.6.2				
П	Чувство усталости при передвижении с ходунками, риск падения и ухудшения состояния – повышение АД.		1.2.5.20 1.2.5.21			

				<p>делать паузу – поставить стул, например.</p> <p>6. При возможности прогулок на коляске, пересмотреть план ухода (раздел «мобилизация») и запланировать прогулки В.И. каждый день по часу с 11.00 до 12.00, при плохой погоде, выходить на балкон минимум на 30 минут.</p> <p>7. Соц. работник документирует информацию.</p>		1.2.5.20
3. КОНТРОЛЬ ЖИЗНЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ						
11 января	Р	<p>Готов принимать помощь.</p> <p>В состоянии самостоятельно измерять артериальное давление.</p>	Профилактика сердечно-сосудистых осложнений.	<p>(Данные мероприятия по назначению врача)</p> <p>1. Научить технике измерения АД.</p> <p>2. Мотивировать осуществлять ежедневное измерение АД в 9.00 и 19.00 и записывать в бланк.</p> <p>3. При повышении АД выше 150/90 мм.рт.ст. и наличии боли в ногах, сообщить лечащему</p>	12 февраля	1.2.3
	П	Боли в оперированной ноге.	Минимизировать боль в ноге.			

				врачу/врачу патронажной службы. 4. Прием лекарственных препаратов строго по назначению врача.		1.2.2
4. ВОЗМОЖНОСТЬ УХАЖИВАТЬ ЗА СОБОЙ						
11 января	Р	В состоянии самостоятельно осуществлять утреннюю и вечернюю гигиену полости рта, мыть лицо и руки. Не безразлично, как выглядит, и готов принимать постороннюю помощь. В состоянии самостоятельно мыть только интимные части тела. Ногти на руках	Сохранение способности самостоятельно принимать утренний и вечерний туалет, принимать ванну 1 раз в неделю и по необходимости. Возможность обеспечить уборку квартиры.	1. Через день помогать в бритье с 9.15 до 9.30. 2. Каждую среду предоставлять помощь при купании с 11.00-12.00 , прогулки в этот день не производить и в процесс приготовления пищи не привлекать. При принятии ванны, использовать ресурсы В.И. самому осуществлять уход интимной сферы; оказать помощь и помыть голову, грудь, спину, ноги. 3. Вести наблюдения за кожными покровами, все изменения записывать в бланк, при осложнениях ,сообщать	12 февраля	1.2.5.5 1.2.5.9 1.2.5.9 1.2.2

		обрабатывает сам.		координатору. 4. После купания, один раз в месяц обработать ногти на ногах, минимизируя риски травмирования. 5. Осуществлять влажную уборку квартиры каждую среду с 11.00 до 12.00 , прогулки на этот день не планировать, вывозить В.И. на балкон.		1.2.5.2
	П	Не в состоянии самостоятельно аккуратно побриться. Не в состоянии самостоятельно принять ванну, помыть голову, грудь, спину, ноги. Не может обрабатывать ногти на ногах. Не в состоянии самостоятельно осуществлять уборку квартиры.				1.1.5
5. ПРИЕМ ПИЩИ/ЖИДКОСТИ						
11 января	Р	Может самостоятельно ходить на кухню для принятия пищи и частичного приготовления простой горячей еды.	Организация сбалансированно о питания, удовольствие от приема пищи.	1. Согласовывать с В.И. недельное меню каждый понедельник с 10.00 до 10.30 и определять пакет необходимых продуктов и средств личной гигиены. 2. Закупать необходимые	12 февраля	1.1.1/1.1.4

		<p>Опасность получения травм и ожогов при приготовлении горячей пищи и горячих напитков.</p> <p>Высокий риск обезвоживания (дегидратации).</p>		<p>кресла, на котором должны стоять «Термопот», чай, чашка, что-то для перекуса по желанию. Порядок на столе наводит соц. работник каждый день с 9.10 до 9.15.</p> <p>6. По возможности, взвешивать 1 раз в неделю пред купанием утром до еды в пижаме (среда 9 утра) вести запись в бланке «Дневник наблюдений за общим состоянием », при потере в весе, сообщать координатору соц. службы или медицинскому работнику. При необходимости (по назначению врача), осуществлять ведение бланка контроля за количеством выпитой жидкости.</p> <p>7. Обсудить питание и питьевой режим с диетической сестрой и врачом. На заполнение документации 5 минут рабочего времени перед окончанием посещения.</p>		1.2.2
--	--	--	--	--	--	-------

6. ОПОРОЖНЕНИЕ						
11 января	Р	Принимает пользование абсорбирующим бельем. Контролирует процесс дефекации, самостоятельно посещает туалет.	Сохранение функциональност и при опорожнении.	1. При отсутствии поручней, специалистам соц. защиты связаться с родственниками и решить проблему по оборудованию в квартире В.И. поручней. 2. Подобрать подходящее абсорбирующие белье, возможно	18 января 25 января	1.1.8 1.2.8

	П	<p>Недержание мочи.</p> <p>Не в состоянии самостоятельно правильно пользоваться подгузниками, стесняется просить о помощи.</p> <p>Передвигается медленно и неуверенно, не успевает дойти до туалетной комнаты при позывах к опорожнению, высокий риск падения, риск обстипации.</p>	<p>Минимизировать риск падения.</p> <p>Минимизировать риск обстипации.</p> <p>Правильно пользоваться абсорбирующим бельем.</p>	<p>предложить сменить подгузники на прокладки и сетчатые трусы, обсудить эту возможность с В.И. и родственниками.</p> <p>3. Разъяснить В.И. о рисках и последствиях обстипации и мотивировать контролировать дефекацию с ведением бланка контроля дефекации.</p> <p>При отсутствии стула более 3 дней, сообщить координатору службы, при более выраженных нарушениях – врачу.</p> <p>На заполнение документации 10 минут рабочего времени перед окончанием посещения.</p>		1.2.2
7. ПЕРЕОДЕВАНИЕ						
11 января	Р	<p>В состоянии самостоятельно подбирать одежду и самостоятельно одеваться (майку, рубашку, брюки).</p>	<p>Поддерживать умение самостоятельно одеваться, соблюдать аккуратный</p>	<p>1. Соц. работник полностью обеспечивает уход за нательным и постельным бельем.</p> <p>Каждую среду с 10.00 до 10.20 сортируется грязное нательное и постельное белье (для ручной</p>	12 февраля	1.2.5.14

		<p>внешний вид.</p> <p>Возможность самостоятельно переодевать носки.</p> <p>Возможность обновлять гардероб новыми вещами по желанию.</p>	<p>стирки откладывается до четверга), стирается в стиральной машине и вывешивается сушиться.</p> <p>Каждый четверг с 10.00-11.00 раскладывается чистое белье и стирается оставшееся вручную.</p> <p>Каждый вторник с 11.00 до 12.00 во время прогулок, предлагается посещение магазина одежды и заходить в него по желанию.</p> <p>При стирке и сортировке нательного белья следить за его состоянием, при необходимости реставрации и замены, сообщать родственникам.</p> <p>2. Соц. работник следит за опрятным видом В.И., мотивирует его одеваться в праздники в праздничную одежду.</p> <p>3. Соц. работник подбирает техническое средство в помощь при переодевании носков и</p>			<p>1.1.7.1</p> <p>1.1.7.4</p> <p>1.1.7.2</p> <p>1.2.5.15</p>
	<p>П</p>	<p>Не в состоянии самостоятельно переодевать носки.</p> <p>Не в состоянии самостоятельно осуществлять стирку постельного и нательного белья.</p> <p>Наличие тремора, нарушение мелкой моторики, возможность выглядеть неопрятно из-за не правильно застегнутых пуговиц.</p>				

				обучает В.И. пользованию им.		1.2.8
8. СОБЛЮДЕНИЕ РЕЖИМА СНА И ОТДЫХА						
11 января	Р	Соблюдается ритм день/ночь. Ориентируется во времени суток. Испытывает желание в отдыхе.	Обеспечение привычного режима сна и отдыха. Своевременное реагирование на любые изменения, например, при боли.	1. Не посещать В.И. раньше 9 часов утра. Справляться о качестве ночного сна, наличии боли. 2. Научить пользоваться шкалой боли и вести записи в бланке. 3. При возникновении боли в ногах в ночное время, сообщать куратору, вести запись в «дневнике наблюдений за общим состоянием», при необходимости, показать врачу.	12 февраля	1.2.2
	П	Снижена продолжительность сна, вследствие боли в оперированной ноге.				1.2.5.23
9. ОРГАНИЗАЦИЯ ДОСУГА						
11 января	Р	Интересуется жизнью вне дома. Дневной досуг приносит	Организация занятости по интересам.	1. Выяснить, чем бы В.И. сам желал заниматься, а также в процессе бесед с родственниками, при составлении биографического опросника.	12 февраля	1.3.3

		удовлетворение. Известно прежнее хобби, садоводство.		2. Привлечь родственников к организации возможности слушать радио и смотреть телевизор – возможно использование наушников.		1.3.4
	П	Не в состоянии следовать своим интересам. Не смотрит телевизор, не слушает радио, так как плохо слышит, или они работают слишком громко. Не в состоянии самостоятельно организовать свой досуг в течение дня.		3. Вовлечь волонтеров на посещение и чтение газет. 4. Возможно, начать выращивать овощи летом на балконе, зимой укроп/петрушку на окне на кухне, возможно, любимые цветы, выяснить интерес, привлечь родственников к мотивации В.И. и создания ему для этого условий. 5. В ходе каждого посещения активно поддерживать беседу на темы, интересующие В.И. 6. Соц. работник планирует и организует по желанию В.И. посещения культурных мероприятий (в театры, на концерты и пр.), осуществляет заказ билетов, обсуждает план		1.3.3 1.1.13.1

				мероприятий на каждый месяц.		
10. ОЩУЩЕНИЕ СВОЕЙ ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ						
11 января	Р	<p>Ощущает свою половую принадлежность, сохраняет чувство мужского достоинства, хочет соответственно выглядеть.</p> <p>Принимает помощь от противоположного пола.</p>	<p>Сохранение ощущения половой принадлежности.</p>	<p>1. Оказывать помощь в пожеланиях по проведению гигиены и выбору одежды.</p> <p>2. Уважительное отношение со стороны противоположного пола.</p>	12 февраля	
11. СОЗДАНИЕ БЕЗОПАСНОГО ОКРУЖЕНИЯ						
11 января	Р	<p>Принимает самостоятельно медикаменты.</p> <p>В состоянии самостоятельно распознать опасности среды.</p>	<p>Соблюдение правил приема медикаментов.</p> <p>Исключить риск падений.</p>	<p>1. Организовать посещение участкового врача или консультацию врача-гериатра.</p> <p>2. Обсудить с врачом возможность приема медикаментов, не требующих их деления.</p> <p>3. Составить бланк приема</p>	12 февраля	<p>1.2.3</p> <p>1.2.2</p> <p>1.2.2</p>

		Самостоятельно передвигается по комнате на ходунках.		медикаментов по назначению врача и объяснить правильность приема лекарств В.И. в соответствии с назначениями.		
	П	Не в состоянии самостоятельно делить таблетки. Уверен, что назначенные медикаменты не помогают. Риск падений.		4. Необходимые медикаменты сложить в доступном, хорошо освещаемом месте, в таблетницу. 5. Следить за наличием необходимых медикаментов, при необходимости, купить недостающие в аптеке. 6. Минимизировать риск падений (см. раздел «мобилизация»).		1.2.9
12. ВОЗМОЖНОСТЬ ПОДДЕРЖИВАТЬ И РАЗВИВАТЬ СОЦИАЛЬНЫЕ КОНТАКТЫ						
11 января	Р	Способность к установлению новых контактов, открыт для диалога. Имеет контакт с членами семьи.	Поддерживать и развивать социальные контакты.	1. Работа с членами семьи. Обговорить возможность регулярного общения(телефонные звонки в обоюдно удобное время, возможно организовать связь с дочкой по скайпу).	25 января	1.4.2

		Знает свои права, в состоянии самостоятельно звонить по телефону в различные гос. структуры.		2. Соц. работник предлагает переписку с дочерью в письмах и организывает отправку их по почте. 3. Найти рядом с домом центры ветеранов, продумать возможность контактов.		
	П	Редко встречается с внуками. Дочь живет далеко (на Украине), встречи маловероятны. Чувствует себя обделенным вниманием государства, предъявляет свои необоснованные требования, пишет жалобы во все инстанции, слывет скандалистом.		4. Организовать работу волонтеров, посещение В.И. в определенные дни, ведение бесед. 5. Собрать вопросы и претензии В.И. один раз в письменном виде и продумать вместе с ним, чего можно добиться, чего нет. Объяснить ему, какие организации за что отвечают и какие вопросы решают. Объяснить его права и обязанности, исходя из законодательства РФ. 6. Договориться с В.И, что все свои вновь возникшие мысли и пожелания, как и недовольства,		1.3.3 1.6.1 1.6.2 1.6.2

				<p>он записывает и отдает соц. службе через соц. работника на рассмотрение, где ему помогают решить его проблемы или объясняют о невозможности их реализации.</p> <p>7. Соц. работник не принимает командный тон В.И. на себя лично, при ведении диалога ведет себя спокойно.</p>		
13. УМЕНИЕ СПРАВЛЯТЬСЯ С ЖИЗНЕННЫМИ СОБЫТИЯМИ						
11 января	Р	<p>Озвучивает свои проблемы.</p> <p>Открыт для диалога.</p> <p>Готов принимать помощь.</p>	<p>Принятие новой ситуации в жизни и зависимости от посторонней помощи.</p> <p>Стабилизация эмоционального фона.</p>	<p>1. Тщательно составлять и добавлять информацию биографический опросник.</p> <p>2. Организовать консультацию психолога.</p> <p>Рекомендации психолога озвучить членам семьи.</p> <p>3. Уважительное отношение при выполнении всех услуг.</p> <p>4. Внимательно слушать рассказы В.И. и поднятые в процессе разговора обиды, претензии и требования</p>	25 января	1.3.1
	П	Тяжело принимает настоящее свое состояние зависимости от посторонней				1.3.3
						1.3.2

		<p>помощи.</p> <p>Способен на конфликты для с целью решения и ситуации, в которой он находится.</p> <p>Не всегда в состоянии выразить смысл своих претензий.</p> <p>Участник войны, потерял жену, возможны потери близких. В настоящий момент эмоциональный фон снижен.</p>		<p>записывать в документацию, полученную информацию сообщать куратору.</p> <p>5. Подключить волонтеров на «беседы про прошлое», если В.И. это по душе.</p> <p>6. Создать возможность общения с другими участниками военных действий.</p> <p>7. Объяснить родственникам состояние В.И. и попросить избегать конфликтов с ним.</p> <p>8. Соц. работнику не принимать на себя возможные провокации на конфликты, уметь слушать, во время диалога вести себя спокойно.</p>		1.3.2
--	--	---	--	--	--	-------

Адаптированный индивидуальный план ухода (примерный)

Помощник по уходу/ социальный работник (ФИО):		Севастьянова Надежда Петровна. Водитель Николаев Сергей Сергеевич (в ДЦ)				
Получатель социального обслуживания (ФИО):		Елена Сергеевна Иванова	3 группа ухода	12 часов в неделю, из них 4 часа - Дневной центр		
Категория 1	Услуга	Периодичность		Цель	Ресурс	Примечание (как выполнять услугу)
		раз/нед	раз/день			

Уборка	Значительная помощь при уборке	1		Поддержание чистоты в квартире. Поддержать способность ЕС делать часть уборки самостоятельно	ЕС может сама вытирать пыль. Хочет жить в чистоте.	Помочь ЕС в мытье ванны и туалета. Протереть пыль в труднодоступных местах
Стирка	Помощь при стирке	1		Иметь возможность менять постельное белье нормативно. Поддержать самостоятельность.	ЕС может сама загрузить стиральную машинку и выбрать необходимую программу.	Развесить постельное белье после стирки. Поддержать самостоятельность.
Приготовление пищи	Помощь в приготовлении пищи	2		Сбалансированное питание. Поддержать стремление правильно питаться, профилактика мальнутриции.	Может сама закладывать продукты в кастрюлю/ духовку. Может сама контролировать готовность	Обсудить меню на неделю. Совместно готовить горячие блюда на три дня. Поддерживать самостоятельность.

					блюд.	
Одевание и раздевание	Частичная помощь при одевании и раздевании		4	Поддерживать самостоятельность в одевании. Подготовиться к прогулке и посещению ДЦ.	Может сама надеть большую часть одежды.	Перед прогулкой и посещением ДЦ помочь ЕС надеть удобную (выбранную ею) обувь.
Купание	Содействие при купании	1		Мыться раз в неделю, профилактика падений в ванной.	Может сама мыться (моет голову, спину, ноги).	Необходимо помочь залезть и вылезти из ванной.
Покупки	Покупка необходимого для поддержания жизнедеятельности клиента	2		Покупка необходимых продуктов для сбалансированного питания ЕС.	ЕС может сама составить список необходимого.	В начале недели составить меню и список необходимого.

Контроль приема лекарств	Помощь при приеме лекарств	1		Соблюдение предписаний врача.	Может сама принимать лекарства.	Необходимо подготовить порции лекарств на неделю.
Категория 2						
Сопровождение вне дома	Сопровождение вне дома	2		Преодоление одиночества. Налаживание социальных контактов.	ЕС хочет общаться. Хочет посещать Дневной центр	Социальный работник помогает одеться. Водитель помогает войти и выйти из автомобиля.
Помощь по хозяйству	Вынос мусора	4		Соблюдение санитарных норм	ЕС волнуется чистота в доме	Стимулировать ЕС самой подготовить мусор к выносу.
Помощь по хозяйству	Глажка	1 раз в 2 недели		Поддерживать красивый вид ЕС. Стимулировать ее желание выходить из дома.	ЕС хочет выходить из дома нарядной.	Выбирать наряд для выхода в ДЦ – помочь погладить сложные вещи.

Санитарно-гигиенические услуги	Стрижка ногтей на ногах	1 раз в месяц		Следить за ногтями ног, для нормального передвижения ЕС.	ЕС принимает помощь.	Заранее обговорить с ЕС день обработки ногтей на ногах. После купания обработать ногти.
Сопровождение вне дома	Сопровождение на прогулку	1		Поддерживать желание выходить из дома, тренировать выносливость.	ЕС может сама гулять вокруг дома.	Помощник по уходу помогает ЕС спуститься по лестнице и выйти на улицу. Далее она может пойти в магазин за необходимым, на обратном пути помочь ЕС вернуться домой. Исключить прогулки в вечернее время.

Сопровождение вне дома	Сопровождение вне дома	1 раз в месяц		Поддержание самостоятельности ЕС.	ЕС может сама оплатить коммунальные услуги.	Необходимо помочь ЕС выйти из дома и сопроводить в соседний дом в Сбербанк.
Выполнение поручений	Выполнение поручений	1		Поддержать интеллектуальные способности ЕС.	ЕС любит читать.	Библиотека находится в двух остановках от дома ЕС. Выбрать книги – взять книги для ЕС в районной библиотеке.
Дополнительные услуги, не вошедшие в основной перечень	(нет)					
Дата составления:	Примечание: Родственники приезжают один раз в две недели по выходным. После себя оставляют много мусора и невытую посуду. Стимулировать убирать за собой. Ответственный – руководитель структурного подразделения.					

Подпись клиента: Руководитель структурного подразделения:		Подпись социального работника:
--	--	--------------------------------

График работы помощника по уходу в _____ 2019 года

Помощник по уходу/ социальный работник (ФИО): Севостьянова Надежда Петровна

Получатель социального обслуживания (ФИО): Елена Сергеевна Иванова

Адрес и телефон получателя: Рязань, Октябрьский проспект, 18-12

Первая неделя месяца:

Число								Подпись получателя социального обслуживания в последний визит в данную неделю
День недели	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	
Время начала и окончания работы	9.00-12.00	Дневной центр 10.00-14.00	15.00-17.00		9.00-12.00			

Вторая неделя месяца:

Число								Подпись получателя социального обслуживания в последний визит в данную неделю
День недели	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	
Время начала и окончания работы	9.00-12.00	Дневной центр 10.00-14.00	15.00-17.00		9.00-12.00			

Третья неделя месяца:

Число								Подпись получателя социального обслуживания в последний визит в данную неделю
День недели	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	
Время начала и окончания работы	9.00-12.00	Дневной центр 10.00-14.00	15.00-17.00		9.00-12.00			

Четвёртая неделя месяца:

Число								Подпись получателя социального обслуживания в последний визит в данную неделю
День недели	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	
Время начала и окончания работы	9.00-12.00	Дневной центр 10.00-14.00	15.00-17.00		9.00-12.00			

Пятая неделя месяца:

Число								Подпись получателя социального обслуживания в последний визит в данную неделю
День недели	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	
Время начала и окончания работы		Дневной центр 10.00-14.00	15.00-17.00		9.00-12.00			