

Министерство труда и социальной защиты Тульской области
Государственное учреждение Тульской области
«Кимовский психоневрологический интернат»
(ГУТО «Кимовский психоневрологический интернат»)

ПРИКАЗ

16.04.2021

№ 7-аог.

пос. Новольвовск

**О создании
мультидисциплинарной команды**

В целях координации деятельности по реализации мероприятий системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами и осуществления контроля за качеством предоставления социальных услуг в ГУТО «Кимовский психоневрологический интернат», руководствуясь Федеральным законом от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», приказом министерства труда и социальной защиты Тульской области от 24.07.2020 № 346-осн «О совершенствовании деятельности учреждений социального обслуживания населения по внедрению системы долговременного ухода», п р и к а з ы в а ю:

1. Создать на постоянной основе мультидисциплинарную команду специалистов - социальный консилиум в следующем составе:
 - Маринин А.А. - специалист по реабилитационной работе в социальной сфере;
 - Кирильчук А.А. - специалист по реабилитационной работе в социальной сфере;
 - Миронов В.В. - специалист по реабилитационной работе в социальной сфере;
 - Фирсов В.А. - специалист по реабилитационной работе в социальной сфере;
 - Голубева В.И. - фельдшер; *Тол*
 - Володичева Л.В. - фельдшер;
 - Карпухин А.А. - фельдшер;
 - Михайлина Т.А. - психолог;
 - Карпушкина Т.П. - культорганизатор;
 - Моторина В.А. - культорганизатор;
 - Рубцова Н.И. - главный специалист;
 - Коваленко М.А. - главный специалист.
2. Ответственным лицом за деятельностью мультидисциплинарной команды назначить заместителя директора Рубченкову Ольгу Михайловну.

3. Утвердить положение о мультдисциплинарной команде согласно приложению к настоящему приказу.
4. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.
5. Приказ вступает в силу с даты его подписания.

Директор



А.Н. Пюров

Согласовано

Заместитель директора



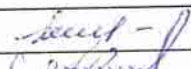


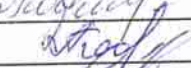

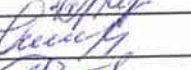
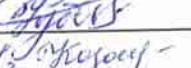




Рубченкова О.М.

Юрисконсульт



Проскурова Т.А.

С приказом ознакомлены:

_____	Маринин А.А.
_____ 	Кирильчук А.А.
_____ 	Миронов В.В.
_____ 	Фирсов В.А.
_____ 	Голубева В.И.
23.07.2021 	Володичева Л.В.
_____ 	Карпухин А.А.
_____ 	Михайлина Т.А.
_____ 	Карпушкина Т.П.
_____ 	Моторина В.А.
_____ 	Рубцова Н.И.
23.07.2021 	Коваленко М.А.

Положение о мультидисциплинарной команде в ГУТО «Кимовский психоневрологический интернат»

I. Общие положения

1. Положение о мультидисциплинарной команде ГУТО «Кимовский психоневрологический интернат» регламентирует его деятельность.

2. Термины и определения, используемые в настоящем положении.

Граждане, нуждающиеся в посторонней помощи (уходе) (далее- проживающие) - граждане пожилого возраста и инвалиды, в том числе граждане с психическими расстройствами, признанные в установленном порядке нуждающимися в социальном обслуживании по причине полной или частичной утраты способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности.

Уход - совокупность действий по обслуживанию граждан, нуждающихся в посторонней помощи (уходе), с учётом их индивидуальных потребностей, структуры и степени ограничений жизнедеятельности, состояния здоровья, психофизических особенностей, предпочтений, реабилитационного потенциала и иных имеющихся ресурсов с целью обеспечения оптимальных условий для комфортной и безопасной жизни, поддержки их здоровья и самостоятельности (стимулирование к самообслуживанию, самостоятельному удовлетворению основных жизненных потребностей, самоопределению во всех вопросах жизни, физической активности, вертикализации, посильной дневной занятости, общению с родными и близкими), способствующих благоприятному течению жизни, предотвращению возможных неблагоприятных ситуаций, выполнению медицинских рекомендаций и назначений, основанных на соблюдении прав человека и гражданина, уважении личности и не допущении унижения чести и достоинства человека.

Маршрутизация - это процесс определения потребностей нуждающегося человека и путей их удовлетворения с помощью создания единой индивидуальной программы оказания ему социальных, медицинских, реабилитационных и иных услуг, а также содействие в их предоставлении (социальное сопровождение).

Маршрутизация в Учреждении реализуется через создание социального консилиума из числа специалистов Учреждения с привлечением при необходимости внешних ресурсов.

Индивидуальный план ухода и социально-реабилитационных мероприятий (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.

ИПУ является письменным оформлением маршрутизации, проведенной социальным консилиумом и представляет собой письменное руководство по уходу за получателем социальных услуг, в форме подробного перечня специальных действий.

Мультидисциплинарная команда – социальный консилиум - это группа специалистов, сформированная на постоянной, которые объединены достижением одной цели в решении медицинских, психологических и социальных проблем получателя услуг на совместно согласованных принципах и взаимной ответственности для реализации общих задач.

Специалист мультидисциплинарной команды – специалист из числа штатных сотрудников Учреждения или привлеченный специалист иной организации, осуществляющий профессиональную деятельность в системе долговременного ухода и разделяющий принципы деятельности мультидисциплинарной команды.

Социальная карта проживающего «История ухода» – комплект документов по контролю объёма и качества ухода, включающая в себя следующие бланки: информационно-титульный лист; биография; листы наблюдения для оценки текущего состояния проживающих; контроль ухода за проживающим; контроль жизненных показателей; контроль соблюдения водного режима; контроль дефекации; контроль за изменением положения тела получателя долговременного ухода; лист для посещения лечащего врача; контроль наличия болей; контроль протекания лечения пролежней; контроль лечения пролежней; оценка рисков; организация дневной занятости; непосредственно ИПУ.

II. Основные направления деятельности и права социального консилиума

3. Социальный консилиум создается в целях разработки и реализации ИПУ, направленной на создание целостной системы, обеспечивающей оптимальные условия для проживающих, в том числе проведение реабилитационных мероприятий, способствующих поддержанию их самостоятельности и независимости в повседневной жизни и в целом качества жизни:

3.1. обследование или оценка ситуации для определения потребностей проживающих и необходимых для организации ухода ресурсов;

3.2. обеспечение выявления потребности проживающих в тех или иных видах ухода и реабилитационных мероприятиях;

3.3. планирование комплекса мероприятий, направленных на достижение целей, сформулированных в ИПУ, а также оказание содействия в осуществлении ухода и реабилитационных мероприятий проживающих;

3.4. оценка эффективности реализации мероприятий;

3.5. осуществление динамического контроля за процессом ухода и реабилитации проживающих;

3.6. уточнение или изменение ранее данных рекомендаций;

3.7. консультирование в ходе разрешения сложных случаев;

3.8. непосредственное ведение документации, обеспечивающих преемственность в передаче информации (социальная карта проживающего);

3.9. контроль за качеством предоставления социальных услуг.

4. Ответственное лицо за деятельность социального консилиума, а также состав социального консилиума назначается приказом директора.

При необходимости разбора сложных случаев в состав социального консилиума могут входить специалисты сторонних организаций (образовательные организации, физкультурно-спортивные организации, организации здравоохранения, социального обслуживания, науки, культуры, иные организации). Включение в состав социального консилиума сторонних специалистов осуществляется по согласованию как с руководителем организации, так и с руководителями сторонних организаций.

5. Организационной формой работы социального консилиума является заседание социального консилиума, которое проходит в форме обсуждения. Проживающий и его законные представители могут быть активными участниками заседания социального консилиума в целях повышения качества предоставления услуг, повышения удовлетворенности ухода. Решение социального консилиума целесообразно согласовывать с получателем услуг, его законным представителем.

Каждый специалист социального консилиума в рамках своих компетенций дает заключение об особенностях жизнедеятельности и функционирования проживающего. Каждый специалист социального консилиума является ответственным за принятые решения в рамках своих компетенций. Любые разногласия и споры в рамках обсуждения случая на заседании социального консилиума решаются в пользу проживающего.

6. Специалисты, включенные в социального консилиума, выполняют работу в рамках основного рабочего времени, в соответствии с реальным запросом организации.

7. Заседания социального консилиума и обсуждения случаев планируются ответственным за деятельность социального консилиума.

8. Ответственный за деятельность социального консилиума не позднее, чем за 2 суток до даты проведения социального консилиума, ставит в известность специалистов социального консилиума, при необходимости проживающего или его представителя, о необходимости встречи и организует подготовку и проведение заседания.

Коллегиальное заключение социального консилиума формулируется в ИПУ.

9. Формы организации работы социального консилиума могут различаться по степени вовлечения специалистов социального консилиума в работу комиссии:

9.1. Представители различных профессий приглашаются для того, чтобы обсудить проблему, поделиться информацией, которой они обладают в рамках своего профессионального опыта, найти пути решения данной проблемы. Специалисты группы могут быть созваны вновь для обсуждения достигнутого прогресса в решении данной проблемы, а также определения дальнейших действий в рамках конкретного случая.

9.2. Специалисты социального консилиума не участвуют в систематических совещаниях, а используют телефонные переговоры или консультации между двумя-тремя профессионалами (при привлечении внешних специалистов).

9.3. Специалисты социального консилиума работают регулярно (чаще всего раз в неделю) в специально установленное время.

9.4. Смешанные формы организации работы социального консилиума, включает все вышеуказанные степени вовлечения специалистов социального консилиума в работу комиссии.

10. Методы, применяемые в работе социального консилиума.

Методы, применяемые при работе социального консилиума зависят от специфики конкретной ситуации, фокуса, направленного на ту или иную проблему, от содержания деятельности и функций специалиста социального консилиума.

10.1. Метод индивидуальной социальной работы со случаем направлен на решение проблем через взаимодействие специалиста и проживающего, направленное на побуждение человека самостоятельно разобраться в проблеме и справиться с жизненной ситуацией. При этом деятельность может осуществляться как с самим проживающим, так и в группе, состоящей из его близкого окружения.

10.2. Метод патронажа. Данный метод используется специалистами социального консилиума в ходе динамического наблюдения за жизнедеятельностью человека и направлен на обеспечение своевременного выявления проблемных ситуаций, которые могут значительно снизить качество жизни человека.

10.3. Диагностические методы используются специалистами социального консилиума при проведении первичного и последующих обследований, которые обеспечивают сбор данных о проживающем с использованием стандартизированных оценочных и описательных инструментов:

а) метод наблюдения и группа методов медицинской диагностики, доступная в рамках деятельности социального консилиума (визуальная оценка состояния, осмотр, измерение температуры тела, артериального давления и пр.) для выявления проблем и отклонений в состоянии здоровья, а также оказания квалифицированной помощи в правильном понимании и решении стоящих перед получателями социальных услуг медицинских проблем;

б) стандартизированные шкалы оценки факторов риска возникновения пролежней, оценки риска падений, оценки психического состояния, оценки боли.

в) метод сбора информации (анализ документов, анкетирование, изучение отчетов, экспресс-опрос и др.) и ее анализа (метод анализа данных, статистический метод, метод факторного анализа и др.).

г) оценка проблем человека, сформулированная в категориях Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), отражающая все актуальные аспекты функционирования человека.

10.4. Метод планирования позволяет специалистам социального консилиума сформировать комплекс мероприятий, направленных на достижение целей, сформулированных в ИПУ и разработать мероприятия по их реализации.

11. Социальный консилиум имеет право:

11.1. запрашивать у сотрудников учреждения, проживающих и представителей проживающих (бывшие опекуны и попечители, родственники, друзья, коллеги по работе и т.д.), сведения, необходимые для осуществления своей деятельности;

11.2. осуществлять мониторинг исполнения ИПУ;

11.3. вносить ответственному за деятельностью социального консилиума, директору учреждения предложения по вопросам совершенствования деятельности социального консилиума.