

**Положение о мультидисциплинарной команде
в ГАУСО АО «Белогорский дом социального обслуживания»**

I. Общие положения

1. Положение о мультидисциплинарной команде в ГАУСО АО «Белогорский дом социального обслуживания», регламентирует деятельность мультидисциплинарной команды.
2. Термины и определения, используемые в настоящем положении.

Организация социального обслуживания, оказывающая социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания (далее – организация) - стационарная организация социального обслуживания, - юридическое лицо, независимо от его организационно-правовой формы, и (или) индивидуальный предприниматель, осуществляющие социальное обслуживание получателей социальных услуг при постоянном, временном (на срок, определенный индивидуальной программой) или пятидневном (в неделю) круглосуточном проживании.

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 стационарной социальной организации социального обслуживания реализуется через создание мультидисциплинарной команды из числа специалистов самой организации с привлечением при необходимости внешних ресурсов.

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

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

Мультидисциплинарная команда (далее МДК) - это группа специалистов, сформированная на постоянной или временной основе, 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 организации или привлеченный специалист иной организации, осуществляющий профессиональную деятельность в системе длительного ухода и разделяющий принципы деятельности мультидисциплинарной команды.

Социальная карта проживающего «История ухода» – комплект документов по контролю объема и качества ухода, включающая в себя следующие бланки: информационно-титульный лист; оценка рисков, биография; индивидуальный план ухода, контроль ухода за проживающим, контроль водного баланса (питьевого режима), контроль наличие болей, контроль дефекации; контроль за изменением положения тела проживающего, контроль протекания лечения пролежней, протокол падений, дневник наблюдения.

Основные направления деятельности и права МДК

3. МДК 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).

4. Состав и заседания МДК

4.1. Ответственный за деятельность МДК назначается приказом руководителя. Ответственный формирует состав МДК.

4.2. В состав МДК могут входить представители различных профессиональных областей, а также специалисты управленческого и исполнительского уровней: специалист по социальной работе, психолог, логопед, врач, специалист по комплексной реабилитации, культорганизатор, инструктор по труду (трудотерапии), медицинская сестра, а также другие специалисты.

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

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

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

4.6. Специалисты, включенные в МДК, выполняют работу в рамках основного рабочего времени, в соответствии с реальным запросом организации.

4.7. Заседания МДК и обсуждения случаев планируются ответственным за деятельность МДК.

4.8. Ответственный за деятельность МДК не позднее, чем за 2 суток до даты проведения МДК, ставит в известность специалистов МДК, при необходимости проживающего или его представителя, о необходимости встречи и организует подготовку и проведение заседания. Коллегиальное заключение МДК формулируется в ИПУ

4.9. При поступлении гражданина в учреждение, мультидисциплинарная команда в течение 14 рабочих дней разрабатывает ИПУ.

5. Формы организации работы МДК могут различаться по степени вовлечения специалистов МДК в работу комиссии:

5.1. 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.

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

5.3. Специалисты МДК работают регулярно (чаще всего раз в неделю) в специально установленное время.

5.4. Смешанные формы организации работы МДК, включает все вышеуказанные степени вовлечения специалистов МДК в работу комиссии.

6. Методы, применяемые в работе МДК.

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

6.1. 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.

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

6.3. Диагностические методы используются специалистами МДК 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 МДК (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.

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

7. МДК имеет право:

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

7.2. Осуществлять мониторинг исполнения ИПУ;

7.3. Вносить ответственному за деятельность МДК, руководителю организации предложения по вопросам совершенствования деятельности МДК.

8. Порядок ведения социальной карты:

8.1. Социальная карта включает в себя следующий комплект документов: информационно-титульный лист; оценка рисков, биография, индивидуальный план ухода контроль ухода за проживающим, контроль водного баланса (питьевого режима), контроль наличие болей, контроль за изменением положения тела проживающего, контроль дефекации, контроль протекания лечения пролежней, протокол падений.

8.2. Социальная карта находится в комнате проживающего или на санитарном посту в отделение.

8.3. Информационно-титульный лист, биография, оценка рисков, контроль протекания лечения пролежней заполняют врачи отделения.

8.4. Контроль ухода за проживающим, контроль водного баланса (питьевого режима), контроль наличие болей, контроль за изменением положения тела проживающего, контроль дефекации, заполняют уходовый персонал по назначению врачей (назначения фиксируются в медицинской карте проживающего).

8.5. Протокол падений заполняет дежурная медицинская сестра отделения.

8.6. Раздел организация досуга заполняют специалисты отделения социальной трудовой реабилитации и культурно-массового обслуживания.

8.6. Вся информация о состоянии здоровья (контроль витальных показателей, назначенное лечение, посещения врача) фиксируется в медицинской документации проживающего.

8.7. Информацию о событиях в жизни проживающего, изменения в состоянии здоровья, поведения, какие приняты мероприятия описываются в журнале сдачи дежурств.

8.8. Ежедневно на утреннем врачебном совещании дежурная медицинская сестра докладывает обо всех особенностях и событиях, изменениях в состоянии здоровья, которые произошли с проживающим за прошедшие сутки.