

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
«АЧИНСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ»

11.01.2023 г.

П Р И К А З

№ 21/2-од


с. Ястребово

Об утверждении Положения о
Мультидисциплинарной команде

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Положение о Мультидисциплинарной команде краевого государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Ачинский психоневрологический интернат».

Директор



А. М. Колотий

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор КГБУ СО «Ачинский
психоневрологический интернат»
А. М. Колотий

«11» января 2023 г.

ПОЛОЖЕНИЕ О МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЕ

1. Общие положения

1.1. Настоящее положение регламентирует деятельность Мультидисциплинарной команды. Мультидисциплинарная команда создается в КГБУ СО «Ачинский психоневрологический интернат» в целях совершенствования процесса комплексной социальной реабилитации получателей социальных услуг и внедрения системы долговременного ухода, обеспечивающей каждого получателя социальных услуг, не полностью справляющегося с самостоятельным уходом, системой поддержки самого высокого качества жизни с максимально возможным уровнем независимости, автономии, участия в деятельности, самореализации и человеческого достоинства.

1.2. В своей деятельности Мультидисциплинарная команда руководствуется:

- Конституцией РФ;
- Федеральным законом № 323 – ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральным законом № 181 – ФЗ от 24.11.1995 г. «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;
- Федеральным законом № 442 – ФЗ от 28.12.2013 г. «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 13.06.2017 г. № 486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм»;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 24 ноября 2014 г. № 940н «Об утверждении правил организации деятельности организаций социального обслуживания, их структурных подразделений (с изменениями и дополнениями);

- Законом Красноярского края от 11 июля 2019 г. № 7-2988 «О наделении органов местного самоуправления муниципальных районов и городских округов края государственными полномочиями по организации и осуществлению деятельности по опеке и попечительству в отношении совершеннолетних граждан, а так же в сфере патронажа»;

- приказом министерства социальной политики Красноярского края от 19.03.2021 г. №27-Н «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг, включая перечень документов, необходимых для предоставления получателям социальных услуг, и порядка предоставления получателями социальных услуг сведений и документов, необходимых для предоставления социальных услуг»;

- Локальными нормативными актами Учреждения.

1.3. Мультидисциплинарная команда (далее МДК) – это специально организованная группа специалистов учреждения с целью совместного решения проблем и определения особенностей в реализации мероприятий по долговременному уходу. Необходимость сотрудничества возникает в связи с тем, что проблемы можно решить только совместными усилиями разных специалистов, работающих в одной команде. Работа МДК обеспечивает эффективное принятие решений, четкого распределения ролей и обязанностей, а именно: получатели социальных услуг «группы риска и социального опасного положения», получатели социальных услуг, имеющие нарушение здоровья и расстройство функций организма (стойкое психическое расстройство функций организма и различные нарушения, ограничения активности и возможного участия в жизни общества).

2. Цели, задачи и принципы деятельности

2.1 Целью деятельности МДК является взаимодействие и координация деятельности специалистов в целях реализации системы, позволяющей компенсировать ограничения жизнедеятельности и уменьшить зависимость от посторонней помощи, и обеспечить сохранение качества жизни получателей социальных услуг и повышения ее эффективности.

2.2. Задачами МДК являются:

2.2.1. Получение и передача информации получателям социальных услуг о них самих с целью предоставления гражданам максимально полной возможности выбирать и получать услуги в системе долговременного ухода.

2.2.2. Обеспечение организации межведомственного взаимодействия, которое реализуется с привлечением специалистов здравоохранения. Социальной защиты и иными ведомствами.

2.2.3. Определение типизации – индивидуальной нуждаемости получателей социальных услуг с последующим присвоением ему определенного набора услуг в рамках установленной группы ухода, в зависимости от количества набранных в результате проведения оценки баллов.

Типизацию проводят члены МДК, которые прошли специальный курс обучения, в виде интервью с получателями социальных услуг. Результаты

интервью вносятся в бланк типизации. На основании результата интервью, анализа ИПРА и ИПСУ и иных критериев получатель социальных услуг попадает в одну из групп ухода (групп функционирования). Групп ухода всего 6 – от 0 до 5. К 0 группе относятся люди, полностью сохранившие самостоятельность в действиях в повседневной жизни, способность к самообслуживанию и передвижению у которых сохранена. У лиц из 5 группы наблюдается полная утрата способности к самообслуживанию и передвижению, они полностью зависят от посторонней помощи. Результаты типизации являются одним из источников информации для составления индивидуальной программы предоставления социальных услуг, а далее – индивидуального плана ухода.

2.2.4. Составление индивидуального плана ухода -- расширенного перечня манипуляций по уходу за получателями социальных услуг. ИПУ включает в себя перечень ресурсов гражданина – т.е. манипуляции, которые получатель социальных услуг может выполнять самостоятельно, и перечень его проблем, т.е. тех манипуляций, в осуществлении которых ему нужна помощь.

2.2.5. Составление перечня манипуляций по уходу. В плане ухода описывается последовательность действий сотрудников по осуществлению ухода за получателем социальных услуг. В плане ухода прописывается время выполнения манипуляций, место их выполнения, особенности выполнения манипуляций по уходу.

2.2.6. Определение эффективности мероприятий по уходу, оценка результатов и создание предложений для внесения изменений в ИПРА и ИПСУ.

3. Состав и порядок деятельности мультидисциплинарной команды

3.1. В постоянный состав Мультидисциплинарной команды входят заместитель директора – председатель МДК, врач-терапевт – заместитель председателя МДК, заведующие отделениями, фельдшер, старшая медицинская сестра, специалист по социальной работе, специалисты по социальной реабилитации, культорганизатор, психолог, руководитель кружка, инструктор по трудовой реабилитации, юрисконсульт, заведующий хозяйством.

Сменный состав и порядок работы МДК определяется на основании распоряжения директора учреждения.

3.2. Заседания МДК проводятся один раз в три недели.

3.3. При поступлении получателя социальных услуг (в течение первых двух недель) проводится вводное заседание, на котором рассматривается первичное обследование получателя социальных услуг и составляется документация для Истории социального ухода:

а) на первом этапе собирается информация о получателе долговременного ухода и заполняется бланк «Информационно-титульный лист». В зависимости от состояния получателя долговременного ухода,

информация предоставляется непосредственно им самим, родственникам, опекунами, попечителями или другими сопровождающими лицами. Кроме того, изучается и анализируется сопроводительная документация (акты обследования, медицинская документация);

б) на этапе сбора информации заполняется бланк «Биография». Информация для заполнения этого бланка собирается из всех возможных источников: опрос получателя социальных услуг, при его когнитивной сохранности; его родственников, опекунов, Попечителей, соседей, друзей. При отсутствии возможности заполнить достоверно все пункты биографии, некоторые графы заполняются по наблюдению персонала (те, что касаются процесса ухода и привычек);

в) диагностический этап проводится для выявления проблем получателя долговременного ухода и разработки индивидуального плана ухода. Заполняются листы наблюдения для оценки текущего состояния проживающих и проводится диагностический этап, во время которого проводится разносторонняя оценка состояния получателя социальных услуг с использованием диагностических шкал:

- шкала Нортон – оценка риска возникновения пролежней;
- шкала Морсе – оценка риска падения;
- шкала VAS или шкала гримас Вонг-Бейкера – оценка наличия болевого синдрома;
- индекс массы тела (ИМТ) – оценка риска развития синдрома мальнутриции или наличия избыточной массы тела;
- тест «Мини-Ког» (Mini-Cog) – оценка психологического состояния.

При выявленных рисках возникновения осложнений, в индивидуальных планах ухода указывается проведение необходимых профилактик.

3.4. Далее членами МДК составляется Социальная карта получателя социальных услуг, включающая в себя индивидуальный план долговременного ухода для каждого получателя социальных услуг в Учреждении, в котором учитываются выявленные проблемы получателя социальных услуг, его ресурсы, определяются цели ухода, составляется набор мероприятий, необходимых для обеспечения качества ухода, определяются исполнители этих мероприятий. Невозможно планирование большего количества мероприятий, чем то, что предусмотрено и соответствует группе типизации получателя социальных услуг и ИППСУ. При проверке качества ухода, необходимо проводить соответствия группы типизации и индивидуального плана ухода.

3.5. Социальная карта получателя социальных услуг (история ухода) включает в себя следующие бланки:

- 1) «Информационно-титольный лист»;
- 2) «Биография»;
- 3) «Листы наблюдения для оценки текущего состояния проживающих»;
- 4) «Контроль ухода за проживающим»;
- 5) «Контроль жизненных показателей»;

- 6) «Контроль соблюдения питьевого режима»;
- 7) «Контроль соблюдения водного баланса»;
- 8) «Контроль дефекации»;
- 9) «Контроль за изменением положения тела проживающего»;
- 10) «Лист для посещения лечащего врача»;
- 11) «Контроль наличия болей»;
- 12) «Оценка рисков»;
- 13) Диагностические шкалы;
- 14) «Организация дневной занятости»;
- 15) «Дневник наблюдения»;
- 16) Форма индивидуального плана ухода.

Бланки заполняются согласно Регламенту по ведению документации по уходу в организации социального обслуживания (структурных подразделениях), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания в рамках реализации мероприятий системы долговременного ухода.

3.6. Члены МДК организуют работу персонала социального учреждения оказывающего социальные услуги в соответствии с составленным «Индивидуальным планом ухода», своевременно и систематически фиксирует достоверную информацию в бланки социальной карты проживающего «История ухода».

3.7. При проверке качества ухода, члены МДК анализируют соответствие ИПСУ и ИПРА содержанию индивидуального плана ухода. Соответствие мероприятий ИПУ с состоянием проживающего.

3.8. История социального ухода получателей социальных услуг хранятся в отделениях и поддерживается в актуальном состоянии в течении всего периода обслуживания гражданина.

3.9. Председатель МДК по итогам года предоставляет общий отчет руководителю учреждения по работе МДК за год с освещением/ анализом рассмотренных ключевых вопросов.

3.10. Качество организации и эффективность работы МДК на уровне учреждения координирует и контролирует директор учреждения.