

УТВЕРЖДЕН
приказом директора ОГБУСО
«Усть-Илимский дом-интернат
для престарелых и инвалидов «Лидер»
от 24 декабря 2019 № 367

ПОРЯДОК
проведения периодической типизации
в областном государственном бюджетном учреждении социального обслуживания
«Усть-Илимский дом-интернат для престарелых и инвалидов «Лидер»

1. Общие положения

1.1. Настоящий Порядок определяет механизм проведения типизации при составлении и актуализации (корректировке) индивидуальной программы предоставления социальных услуг, предусмотренной Федеральным Законом от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации (далее - ИППСУ).

1.2. В настоящем Порядке применяются следующие основные понятия и термины:

Типизация – процесс функциональной диагностики: сбор сведений о когнитивном, психологическом статусе человека, возможностях самостоятельного ухода за собой, социальном статусе с целью оценки, на основе собранной информации потребности в уходе (определение группы ухода).

Функциональная диагностика – процедура определения дефицитов самообслуживания лица, подлежащего типизации, посредством проведения интервью (при недоступности гражданина продуктивному контакту – опрос персонала учреждения, осмотр гражданина) с использованием карты оценки функционального состояния.

Карта оценки функционального состояния гражданина – бланк с результатами оценки двигательной, коммуникативной активности, оценки возможности самообслуживания, социальной мобильности и пр.

Типизатор – специалист учреждения, прошедший обучение процессам осуществления типизации, проводящий типизацию получателям социальных услуг учреждения.

Индивидуальный план ухода (далее – ИПУ) документ, определяющий цели ухода и содержащий автобиографическую информацию о получателе социальных услуг, информацию о физическом и психологическом состоянии гражданина, дефицитах самообслуживания и индивидуальных ресурсах получателя социальных услуг, информацию о видах, объеме, периодичности социальных услуг, предусмотренных ИППСУ.

2. Организация проведения типизации

2.1. Типизации подлежат все получатели социальных услуг (планово), в том числе те, у которых истекает срок действия ИППСУ, либо в отношении которых рассматривается вопрос о корректировке (изменении) содержания ИППСУ (внепланово), в виду возникновения обстоятельств, ухудшивших или улучшивших состояние получателя социальных услуг.

2.2. Оценка функционального состояния проводится типизаторами. Оптимальное количество типизаторов 2 человека – психолог и специалист по социальной работе

учреждения. Дата и время проведения оценки функционального состояния предварительно согласовываются типизатором с получателем социальных услуг.

2.3. При проведении оценки в Карте типизации (Приложение № 1 к Порядку) отмечаются пункты, соответствующие ответам получателя социальных услуг (в случае недоступности получателя социальных услуг продуктивному контакту – ответам обслуживающего персонала) на вопросы, задаваемые типизатором.

2.4. По результатам оценки функционального состояния типизатором определяется группа ухода согласно шкале перевода в степень ограничения Карты типизации.

2.5. Заполненная карта типизации рассматривается мультидисциплинарной командой учреждения с целью определения комплекса мероприятий социального обслуживания, при необходимости – корректировки ИППСУ.

2.6. Для 4 и 5 групп ухода составляется индивидуальный план ухода (ИПУ) по форме согласно Приложению № 2 к настоящему Порядку. Срок действия ИПУ определяется в зависимости от возможностей достижения целей ухода, но не может превышать срок действия ИППСУ.

2.7. При реализации ИПУ осуществляется ведение документации по уходу по форме согласно приложению № 3 к настоящему Порядку (далее - документация). Разделы «Титульный лист», «Биографические сведения» документации являются обязательными для заполнения. Иные разделы документации заполняются при наличии в ИПУ соответствующих видов работ, индивидуально подобранных для получателя социальных услуг.

3. Особенности проведения типизации

3.1. Процесс типизации получателя социальных услуг состоит из трех этапов:

I - Подготовка

II - Оценка зависимости (диагностика/интервью)

III - Подведение итогов

3.2. Типизатору важно помнить:

1) Внешний вид должен быть представительным.
2) Необходимо проявлять уважение к личному достоинству и частной жизни получателя социальных услуг.

3) Отключить сотовый телефон во время диагностики.

4) Представиться: имя, должность, цель процесса.

5) Описывать, из чего будет состоять ваша встреча (интервью, демонстрация, подведение итогов и общее впечатление).

6) Если в процессе диагностики получатель социальных услуг не заинтересован сообщать информацию о себе и отказывается участвовать в типизации, объясните еще раз, какова ее цель. Если после ваших объяснений он продолжает отказываться, то следует прекратить интервью. Следует уважать его мнение и вернуться к данному вопросу в другое время.

7) Не следует сообщать об объеме возможного социального обслуживания и результатах типизации непосредственно в конце интервью. Вы должны иметь возможность обдумать результаты типизации и обсудить их с другими участниками междисциплинарной команды.

8) Следует помнить, что процесс обследования оценивает степень зависимости от посторонней помощи получателя социальных услуг, а не состояние его здоровья. Обследование призвано составить полную картину состояния получателя социальных услуг, а также оценить среду проживания и наличия ресурсов: семьи, возможно соседей или религиозных, общественных, благотворительных организаций и пр.

4. Периодичность проведения типизации в учреждении

4.1. Плановая оценка функционального состояния проводится:

- при поступлении гражданина в учреждение проводится первичная диагностика и оценка карты типизации, при необходимости проводится процедура типизации;
- через 6 месяцев со дня проведения первичной оценки функционального состояния для получателей социальных услуг, отнесенных по результатам типизации к группам ухода 3,4,5;
- через 1 год со дня проведения оценки функционального состояния для получателей социальных услуг, отнесенных по результатам типизации к группам ухода 2,1,0.

4.2. Внеплановая оценка функционального состояния проводится в случае возникновения обстоятельств, которые существенно улучшили или ухудшили условия жизнедеятельности, состояние получателей социальных услуг, вне зависимости от группы ухода, к которой отнесен получатель социальных услуг по результатам типизации.

5. Порядок пересмотра ИППСУ, ИПУ

5.1. Пересмотр ИППСУ осуществляется мультидисциплинарной командой учреждения в случае, если в действующей ИППСУ получателя услуг выявлены избыточные (либо недостающие) социальные услуги, не соответствующие группе ухода, к которой отнесен получатель социальных услуг по результатам типизации, а также в случае, если изменена группа ухода.

5.2. В случае если по результатам типизации у получателя социальных услуг выявлены дефициты самообслуживания, после пересмотра ИППСУ специалистом учреждения совместно с получателем социальных услуг пересматривается (составляется впервые) ИПУ.

Приложение № 1 к Порядку проведения
периодической типизации в ОГБУСО
«Усть-Илимский дом-интернат для
престарелых и инвалидов «Лидер»

Карта типизации получателя социальных услуг

ФИО _____

Дата рождения _____

Инвалидность _____

Заключение мед. организации о нуждаемости в помощи

Сведения о членах семьи:

№	ФИО	Степень родства	Характер взаимоотношений

Анализ возможности организации семейного ухода:

- Не имеет родственников, обязанных в соответствии с действующим законодательством осуществлять уход
- Имеет совершеннолетних детей, которые проживают за пределами региона
- Имеет мужа (жену), который не может осуществлять уход по причине _____
- Имеет _____ (указать степень родства), готового осуществлять семейный уход на дому
- Иное _____

Жилищно-бытовые условия:

Имеющиеся ограничения жизнедеятельности (снижение слуха, зрения, пользуется слуховым аппаратом, очками, глухонемота, лежачий и др.)

Вспомогательные средства, используемые для передвижения (костыли, ходунки, трость, кресло-коляска, иные)

Оценка способности к самообслуживанию и осуществлению основных видов повседневной деятельности:

Карта оценки двигательной активности, в том числе с использованием ТСР

Виды двигательной активности	Оценка	
	может самостоятельно (в том числе с помощью ТСР)	самостоятельно не может
Передвижение в пределах жилого помещения (комнаты)	1	0
Спуск и подъем по лестнице	1	0
Передвижение на улице	1	0
Пользование общественным транспортом	1	0
Передвижение в пределах кровати	1	0
Способность вставать с кровати	1	0
Пользование ТСР (при показании и возможности использования)	1	0
Сумма баллов	7	0

Дополнительные характеристики оценки двигательной активности (требуется помощь, скорость передвижения, наличие головокружений и т.д.):

Вспомогательные средства, используемые для передвижения (костыли, ходунки, трость, кресло-коляска, иные) _____

Карта оценки коммуникативной активности

Виды коммуникаций	Оценка	
Использование речи	Да - 1	Нет - 0
Изъясняется при помощи альтернативных коммуникаций (заполняется в случае неиспользования речи)	Да - 1	Нет - 0
Слух	Не нарушен - 1	Нарушен - 0
Зрение	Не нарушено - 1	Нарушено - 0
Понимание обращенной речи	Да - 1	Нет - 0
Проявление агрессии/аутоагрессии	Нет - 1	Да - 0
ИТОГО	5	0

Дополнительные характеристики оценки коммуникативной активности (какими видами альтернативных коммуникаций владеет, степень утраты зрения и слуха и т.д.):

Карта оценки возможности самообслуживания

Виды повседневной деятельности	Оценка	
	может самостоятельно	самостоятельно не может
Покупка продуктов питания, промышленных товаров, лекарственных препаратов	1	0
Приготовление горячей пищи	1	0
Разогрев пищи	1	0
Прием пищи	1	0
Мытье посуды	1	0
Мытье холодильника	1	0
Прием лекарств	1	0
Прием ванны, душа	1	0
Стрижка ногтей	1	0
Одевание и раздевание	1	0
Стирка, включая сушку	1	0
Глажка белья	1	0
Пользование туалетом	1	0
Контроль дефекации и мочеиспускания	1	0
Уборка жилого помещения: Мытье полов	1	0
Мытье окон	1	0
Влажная уборка мебели от пыли	1	0
Очистка ковров пылесосом	1	0
Возможность осуществления тяжелого физического труда (топка печи, доставка воды, ремонт квартиры и т.д.)	1	0
ИТОГО	19	0

Дополнительные характеристики оценки возможности самообслуживания (скорость выполнения повседневной деятельности, все ли операции доступны, в чем есть потребность в посторонней помощи и т.д.):

Карта оценки социальной мобильности

Виды социальной мобильности	Оценка	
	Да - 1	Нет - 0
Дееспособность	Да - 1	Нет - 0
Способность к оформлению документов	Да - 1	Нет - 0
Общение с родственниками	Да - 1	Нет - 0
Наличие внешних социальных связей	Да - 1	Нет - 0
Наличие социальной активности в общественных организациях, объединениях, дополнительная занятость и т.д.	Да - 1	Нет - 0
Наличие навыков осмысленного чтения	Да - 1	Нет - 0
Наличие навыков письма	Да - 1	Нет - 0
Пользование телефоном	Да - 1	Нет - 0
Пользование компьютером	Да - 1	Нет - 0
ИТОГО	9	0

Дополнительные характеристики оценки социальной мобильности (характер взаимоотношений с родственниками, социальным окружением, виды социальной активности и т.д.)

В какой посторонней помощи нуждается гражданин _____

Сведения о предложенных гражданину социальных услугах в форме социального обслуживания на дому. В случае отказа гражданина от предоставления социальных услуг в форме социального обслуживания на дому указываются причины отказа:

Какой уход и с какого времени осуществляется за гражданином (родственники, соседи, знакомые, социальный работник в т.ч. социальные услуги) _____

Причины, по которым гражданину не могут быть предоставлены социальные услуги на дому, услуги социального работника _____

Причины отказа гражданина от предоставляемых ранее услуг социального работника _____

Размер пенсии _____ Размер ЕДВ _____
Иные доходы _____

Дополнительные сведения: _____

Степень утраты способности к самообслуживанию:

Сумма баллов	Степень	Направление работы	Отметка отнесения к группе
40-36	0	Нуждается в реализации программ активного долголетия, проведении профилактической работы и поддерживающем социальном сопровождении	
35-31	1	Нуждается в реализации программ активного долголетия, проведении профилактической работы и социальном обслуживании на дому	
30-26	2	Нуждается в реализации программ активного долголетия, проведении профилактической работы, в оказании медицинских услуг, социальном обслуживании на дому в связи с частичной утратой способности к самообслуживанию	
26-21	3	Нуждается в социальном обслуживании на дому/ в стационарной форме обслуживания (нужное подчеркнуть) в связи с частичной утратой способности к самообслуживанию, в социальном сопровождении и подборе доступной социальной активности, в оказании медицинских услуг	
20-16	4	Нуждается в социальном обслуживании на дому/ в стационарной форме обслуживания (нужное подчеркнуть) в связи с частичной утратой способности к самообслуживанию и передвижению, в социальном сопровождении и подборе доступной социальной активности, в оказании медицинских услуг и постоянном медицинском обслуживании, в постоянной психологической поддержке	
15-0	5	Нуждается в социальном обслуживании на дому/ в стационарной форме обслуживания (нужное подчеркнуть) в связи с полной утратой способности к самообслуживанию, в постоянном медицинском обслуживании, в постоянной психологической поддержке	

Рекомендуемая(-ые) формы предоставления социальных услуг (исходя из оценки условий жизнедеятельности гражданина):

Предоставление социальных услуг в стационарной форме	
Предоставление социальных услуг в полустационарной форме	
Предоставление социальных услуг в форме социального обслуживания на дому	
- в том числе с использованием технологии сопровождаемого совместного проживания малых групп инвалидов в жилых помещениях	

Все сведения, изложенные в настоящем акте, представлены мною в добровольном порядке и соответствуют действительности.

(подпись заявителя или его представителя) (инициалы, фамилия заявителя или его представителя)

(должность лица, осуществляющего обследование)

(ФИО, подпись)

М.П.

Приложение № 2 к Порядку проведения
периодической типизации в ОГБУСО
«Усть-Илимский дом-интернат для
престарелых и инвалидов «Лидер»

Индивидуальный план ухода

Ф.И.О. получателя социальных услуг: _____

Дата рождения: _____

Адрес: _____

Группа ухода по результатам типизации: _____

Наличие болей: _____

Физическое состояние, в том числе риски падения, возникновения пролежней:

Психологическое состояние: _____

Социальные контакты: _____

Дата	Ресурсы (Р) Проблемы (П)		Цели	Виды, периодичность работ	Дата контроля	Номер социальной услуги в соответствии с ИППСУ
1. Коммуникация						
	Р					
	П					
2. Передвижение (мобилизация)						
	Р					
	П					
3. Контроль витальных показателей						
	Р			(По назначению врача)		
	П					
4. Личная гигиена						
	Р					
	П					
5. Прием пищи/жидкости						
	Р					
	П					

6. Мочеиспускание и дефекация						
	Р					
	П					
7. Одевание						
	Р					
	П					
8. Соблюдение режима сна и отдыха						
	Р					
	П					
9. Организация досуга						
	Р					
	П					
10. Осознание своей половой принадлежности						
	Р					
	П					
11. Создание безопасного окружения						
	Р					
	П					
12. Возможность поддерживать и развивать социальные контакты и связи						
	Р					
	П					
13. Умение справляться с экзистенциальным опытом жизни						
	Р					
	П					

Приложение № 3 к Порядку проведения
периодической типизации в ОГБУСО
«Усть-Илимский дом-интернат для
престарелых и инвалидов «Лидер»

Документация по уходу

Титульный лист

Ф.И.О. получателя социальных услуг: _____

Дата рождения: _____

Контактный телефон: _____

Ф.И.О. специалиста организации социального обслуживания: _____

Контактный телефон: _____

Биографические сведения

1. Семья

Место рождения, сведения о переездах: _____

Семейное положение: _____

Сведения о семейных традициях: _____

Наличие и место жительства членов семьи, родственников: _____

С кем из членов семьи, родственников (при наличии) поддерживает отношения: _____

2. Образование и профессия

Сведения об образовании: _____

Сведения об основном месте работы или службы, о занимаемой должности (роде занятий): _____

3. Особенности личности

Основные черты характера, контактность: _____

Направленность личности (ценностные ориентации, жизненные планы): _____

Сведения о соблюдаемых национальных и религиозных обычаях, культурных традициях: _____

Значимые жизненные события: _____

4. Особенности восприятия, коммуникативного взаимодействия

Сведения о нарушении зрения, слуха, артикуляции (речи), голосообразования:

Правша/левша: _____

Отношение к тактильному контакту: _____

5. Досуг

Увлечения, интересы, хобби (спорт, искусство, коллекционирование, игры и т.д.): _____

6. Привычки в области гигиены

Проведение утреннего и дневного туалета (время, последовательность, частота): _____

Моющие средства, крема, лосьоны: _____

Гигиена полости рта (частота, средства гигиены полости рта или зубов): _____

Уход за волосами (бритье): _____

7. Одежда и обувь

Любимый вид одежды и обуви (предпочтения по цвету, материалу, наличие деталей): _____

Аксессуары: _____

8. Питание, питьевой режим, телосложение

Любимая еда: _____

Любимые напитки: _____

Привычки и правила поведения за столом (использование столовых приборов,

салфеток): _____

Телосложение (набор или потеря веса, причины): _____

9. Сон и отдых

Время засыпания: _____

Условия для сна (комфортное положение тела во время сна, использование ночника, второго одеяла, прослушивание музыки): _____

Время пробуждения: _____

Дневной сон: _____

Методики расслабления (прослушивание спокойной музыки, звуков природы): _____

10. Заболевания

Сведения о заболеваниях: _____

Таблица контроля приема медикаментов

Дата назначения/ врач	Название медикамента	Форма	Примечание	Дозировка				Дата отмены
				утро	обед	вечер	ночь	

Таблица контроля питания

Дата	Приготовленное блюдо	Съедено (да/нет)	Примечание	Иные блюда	Съедено (да/нет)	Примечание

Таблица контроля артериального давления

Дата	Время	Артериальное давление	Пульс	Примечание

Таблица контроля сахара в крови

Дата	Время	Сахар в крови	Примечание

Таблица контроля дефекации

Дата	Время	Примечание

Таблица контроля питьевого режима

Дата	Время	Вид напитка	Количество (мл.)
------	-------	-------------	------------------

Таблица осмотра состояния кожных покровов

Дата	Время	Состояние кожных покровов	Примечание
------	-------	---------------------------	------------

Таблица наблюдений за общим состоянием

Дата	Время	Событие/наблюдение/описание
------	-------	-----------------------------

Информация о возникновении обстоятельств, которые существенно ухудшили или улучшили условия жизнедеятельности получателя социальных услуг
