
«РУКОВОДСТВО ПО ВЕДЕНИЮ ЛИЧНОГО ДЕЛА ПОЛЬЗОВАТЕЛЯ»



Проект финансируется Европейским Союзом и реализуется консорциумом Oxford Policy Management. Содержание публикации является предметом ответственности консорциума, реализующего проект, и не обязательно отражает точку зрения Европейского Союза.

СОДЕРЖАНИЕ

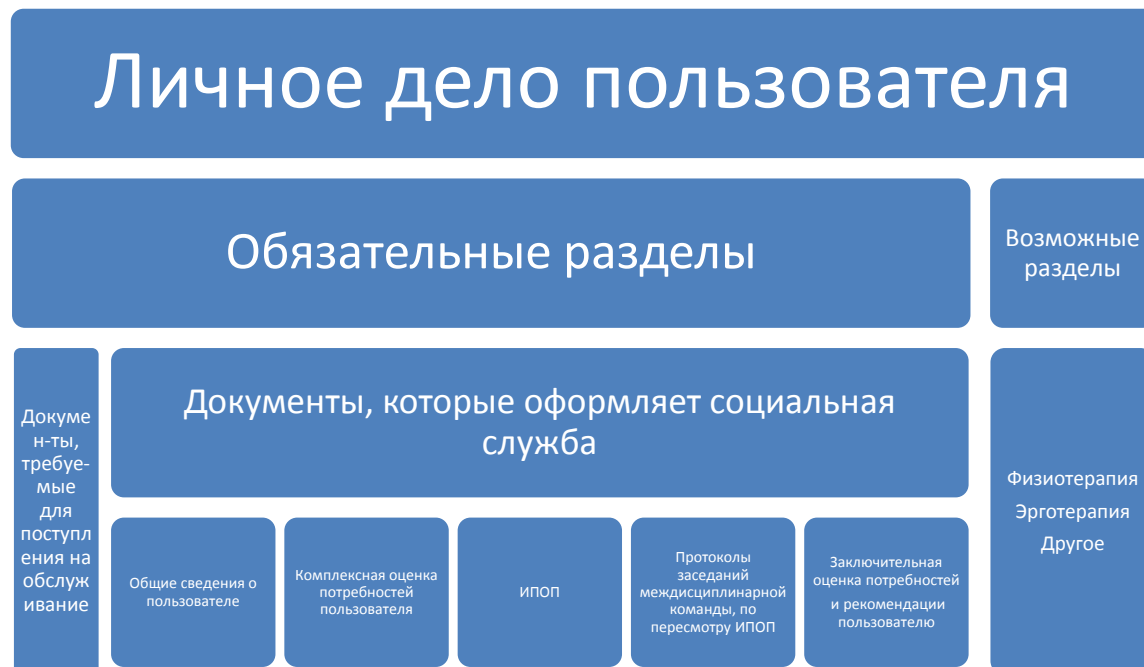
Введение	3
Основные понятия и определения	4
1. Общий алгоритм управления делом пользователя и индивидуальное планирование помощи (кейс-менеджмент)	5
1.1. КОНТАКТ	6
1.2. ПЕРВИЧНАЯ ОЦЕНКА ПОЛЬЗОВАТЕЛЯ	6
1.3. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ ПОЛЬЗОВАТЕЛЯ	6
1.4. ПЛАНИРОВАНИЕ ПОМОЩИ – РАЗРАБОТКА ИПОП	10
1.5. ВЫПОЛНЕНИЕ ИПОП	13
1.6. МОНИТОРИНГ (ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ОЦЕНКА)	13
1.7. ЗАВЕРШЕНИЕ	14
2. Личное дело пользователя	15
2. Обязательные разделы личного дела пользователя	15
2.1. ДОКУМЕНТЫ, ТРЕБУЕМЫЕ ДЛЯ ПОСТУПЛЕНИЯ НА ОБСЛУЖИВАНИЕ	15
2.2. ДОКУМЕНТЫ, КОТОРЫЕ ОФОРМЛЯЕТ СОЦИАЛЬНАЯ СЛУЖБА	16
2.2.1. Общие сведения о пользователе	16
2.2.2. Комплексная оценка потребностей пользователя	16
2.2.3. Индивидуальный план обслуживания пользователя (ИПОП)	17
2.2.4. Протоколы заседаний междисциплинарной комиссии	17
2.3. Бланки учетных форм (С)	18
Форма С1 – Общие сведения о пользователе	18
Форма С2 – Генотрамма пользователя	19
Форма С3 – История пользователя	23
Форма С4 – Оценка психосоциальных потребностей пользователя	24
Форма С5 – Самооценка пользователем качества своей жизни	27
Форма С6 – ИПОП	28
Форма С7 – Календарное расписание выполнения ИПОП	30
Форма С8 – Рабочий дневник	31
Форма С9 – Протокол заседания междисциплинарной команды	32
3. Возможные разделы личного дела пользователя	33
3.1. ФИЗИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ	33
3.1.1. Пояснения к заполнению учетных форм для оценки пользователя ФТ/помощником ФТ	33
3.1.2. Бланки учетных форм (Ф)	38
Форма Ф2 – План снижения риска при перемещении	39
Форма Ф3 – Оценка риска возникновения вторичных осложнений	40
Форма Ф4 – Программа профилактики развития и прогрессирования вторичных осложнений	41
Форма Ф5 – Заключение по оценке ФТ/помощника ФТ	42
Форма Ф6 – планирование программы вмешательства ФТ/помощника ФТ	44
Форма Ф7 – Программа физической терапии	45
Форма Ф8 – Дневник работы ФТ	46
3.2. ЭРГОТЕРАПИЯ	47
3.2.1. Этапы работы с пользователем	47
3.2.2. Бланки учетных форм (Э)	50
Форма Э1 – Журнал работы эрготерапевта/помощника эрготерапевта	50
Форма Э2 – Оценка деятельности пользователя с помощью тестов/шкал	58
Форма Э3 – Журнал адаптации физического окружения пользователя	60

Введение

Настоящее руководство разработано на основании Спецификаций категорий услуг и предназначается в помощь специалистам, которые занимаются ведением личного дела пользователя услуг (далее ЛДП).

Ведение личного дела пользователя определяется пунктом 2.2.1 Спецификаций, который обязывает после принятия пользователя в социальную службу заводить на него личное дело. Контроль над ведением ЛДП возлагается на специалиста, ответственного за конкретный случай (кейс-менеджера), который утверждается приказом руководителя социальной службы. Кейс-менеджером, как правило, становится специалист по социальной работе. Однако ответственность за ведение дела может также возлагаться и на других членов междисциплинарной команды (медицинских работников, психологов и др.).

Личное дело пользователя состоит из нескольких основных разделов, некоторые из них являются обязательными для каждого пользователя, другие заполняются специалистами при необходимости, если соответствующие потребности выявляются в процессе «Комплексной оценки потребностей пользователя».



Основные понятия и определения

- **индивидуальный план обслуживания пользователя (ИПОП)** – это программа социального обслуживания пользователя, разработанная специалистами социальной службы совместно с ребёнком или его родителями/законными представителями на основании оценки его потребностей, которая определяет цели, задачи вмешательства, ожидаемые результаты, виды предоставляемых услуг, их последовательность, ответственных лиц и сроки их предоставления с целью преодоления пользователем трудной жизненной ситуации или адаптации к ней;
- **кейс–менеджмент** (ведение дела) – это система скоординированного оказания социальных услуг пользователю различными специалистами для достижения цели обслуживания;
- **кейс-менеджер** – специалист учреждения, который несёт ответственность за ведение дела, осуществляет координацию и мониторинг всех этапов индивидуальной социальной работы с пользователем, и выполнение ИПОП;
- **междисциплинарная команда** – постоянно действующая рабочая группа специалистов учреждения в компетенцию, которой входит рассмотрение результатов комплексной оценки потребностей пользователя, утверждение и пересмотр ИПОП, другие важные вопросы, касающиеся ведения дела пользователя. Руководитель учреждения (или уполномоченное им лицо) ежегодно утверждает состав междисциплинарной команды своим приказом. Состав команды: кейс-менеджер, социальный работник, ключевой работник, физический и/или эрготерапевт (при их наличии), психолог (при его наличии). Состав команды может меняться в зависимости от текущих потребностей пользователя.
- **оценка потребностей** – это процесс сбора, обобщения и анализа работниками социальной службы информации относительно материального и соматического состояния и жизненных обстоятельств пользователя с целью определения необходимых видов и объема услуг, их влияния на преодоление трудных жизненных ситуаций;
- **пользователь социальной службы** – гражданин или группа граждан, находящиеся в трудной жизненной ситуации, которым в связи с этим предоставляются социальные услуги;
- **спецификация услуги** – это документ, включающий полное описание категории социальной услуги, минимальные структурные и функциональные стандарты ее предоставления определенной приоритетной группе, выполнение которого обеспечит достижение положительного результата для пользователей услуги;

ЕСЛИ НУЖНО ДОБАВИТЬ ЧТО-ТО ЕЩЕ – МОЖНО ВЗЯТЬ ИЗ СПЕЦИФИКАЦИЙ

1. Общий алгоритм управления делом пользователя и индивидуальное планирование помощи (кейс-менеджмент)

Метод «Управление случаем пользователя» в сегодняшней социальной работе является основным, объединяющим и структурообразующим. Термин происходит от англоязычного понятия «case-work, case-management», что можно перевести несколькими способами: «кейс-менеджмент», «управление случаем», «ведение случая», «работа со случаем», «ведение дела».

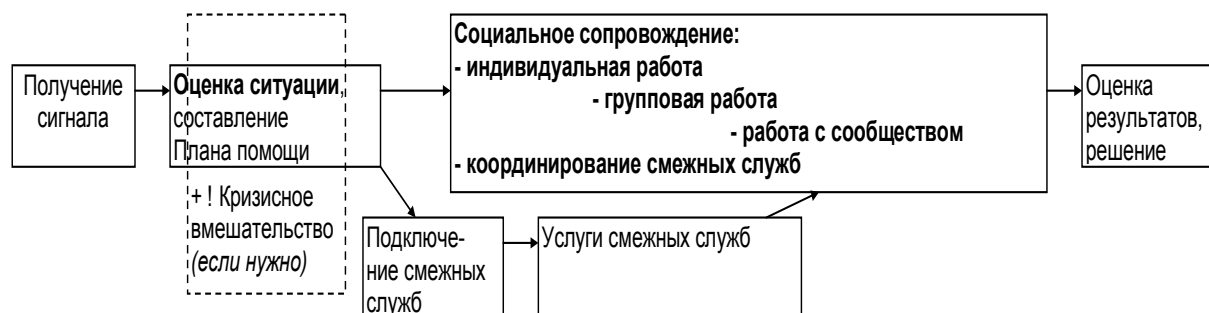
По определению Общества кейс-менеджмента Америки (Case Management Society of America), «кейс-менеджмент (управление делом пользователя) — это процесс, в котором объединяется оценка, планирование, помощь и поддержка в получении услуг, соответствующих потребностям пользователя, осуществляемый посредством общения и поиска доступных ресурсов для достижения качественных и рентабельных результатов».

Ведение дела в социальной работе в чём-то аналогично работе лечащего врача в медицине; специалист социальной работы, выполняющий эту деятельность, называется кейс-менеджером или ведущим социальным работником.

Основные характеристики метода:

- с пользователем работает один постоянный специалист (ведущий дело социальный работник), который устанавливает с ним устойчивые отношения и отвечает за выведение пользователя из кризиса;
- для изучения личности и ситуации пользователя проводится оценка, на основе оценки выявляется проблема, на решение которой направляется дело;
- соответственно проблеме составляется ИПОП, направленный на достижение цели: решение проблемы и выведение пользователя из кризиса;
- для выполнения плана помощи составляется междисциплинарная команда, из числа специалистов, в чьих социальных услугах нуждается пользователь, ведущий социальный работник является координатором команды;
- помощь пользователю осуществляется согласно ИПОП и по определённом алгоритму: контакт – оценка – планирование – оказание помощи (кризисное вмешательство + социальное сопровождение) – мониторинг – завершение.

Рассмотрим подробнее алгоритм действий по ведению дела. Следует иметь в виду, что это общий алгоритм. Особенности для каждой социальной службы и сроки выполнения указаны в соответствующих Спецификациях услуг.



1.1. Контакт

Социальная служба получает сигнал о пользователе, нуждающемся в помощи. Это может быть самостоятельное обращение пользователя, либо направление из другой организации (школы, милиции, сельсовета и т.п.), либо сообщение от соседей, родственников пользователя, либо выявление пользователя самой социальной службой (например, найденный на улице бездомный подросток). Как только сигнал получен, социальная служба в течение нескольких дней (не больше недели) обязана направить социального работника для изучения ситуации пользователя.

1.2. Первичная оценка пользователя

Социальный работник проводит первичную (поверхностную) оценку. Её задача – определить, действительно ли пользователь имеет проблему, насколько она остра, может ли социальная служба работать с этим пользователем. Сразу же после первичной оценки команда принимает решение:

- если проблема не выявлена - отклонить пользователя;
- если проблема крайне остра и жизнь и здоровье пользователя под угрозой – немедленно обратиться за помощью в уполномоченные органы (милиция, здравоохранение) и активно вмешаться с целью защиты пользователя (кризисное вмешательство);
- если суть проблемы пользователя состоит в сфере деятельности другого ведомства – перенаправить пользователя туда и помочь установить контакт с тем ведомством;
- если проблема выявлена – за пользователем закрепляется постоянный ведущий соцработник, который проводит следующий этап оценки – комплексную оценку. На неё отводится до 1 месяца, в течение которого необходимо изучить ситуацию пользователя по «Трёхсторонней модели оценки: потребности пользователя – способность семьи обеспечить потребности – ресурсы местного сообщества». При этом ставятся две задачи: во-первых, понять ситуацию пользователя в целом, включая его личностные возможности и потребности, и сеть его социальных связей; во-вторых, выявить основную потребность пользователя, на которой и будет сосредоточено ведение дела.

Если пользователь хочет получить помощь и имеет на это право, то между ним и социальной службой желательно заключить договор (контракт), в котором описаны задачи совместной работы, права и обязанности обеих сторон.

На пользователя заводится личное дело, в котором фиксируется вся информация, необходимая для планирования помощи и оценки состояния пользователя, а также вся проводимая с ним работа. Личному делу должен иметь доступ только сам пользователь, ведущий его случай социальный работник, члены междисциплинарной команды и руководитель службы (учреждения). Остальной персонал и посторонние лица не должны иметь доступа к личному делу без разрешения пользователя.

1.3. Комплексная оценка потребностей пользователя

Успех индивидуальной социальной работы зависит от правильной оценки ситуации пользователя – так же как и без правильного диагноза бессмысленно любое, даже самое совершенное, лечение. Для постановки диагноза профессионал осуществляет два неразрывно взаимосвязанных процесса:

- во-первых, изучение, т.е. сбор данных о пользователе и его ситуации;
- во-вторых, оценку, т.е. формулирование вывода о состоянии пользователя, его потребностях и возможностях.

На практике оба процесса тесно переплетены и эти термины часто используются как синонимы.

С технологической и управленческой точек зрения, процесс начальной оценки вместе с последующей мониторинговой оценкой важен для того, чтобы оценить эффект работы сотрудника с пользователем, и эффективность деятельности всей социальной службы.

В современной социальной работе доминирует установка не на недостатки пользователя: «В чём его проблема?», а на его возможности: «В чём его потребности?». Определив, какие естественные

потребности пользователя не удовлетворены, и удовлетворив их, мы вернём ему способность к самостоятельному функционированию. Особенно важно точное определение потребностей, если пользователь – ребёнок. Удовлетворение потребностей ребёнка на этапе формирования его тела и личности определит всю будущую судьбу ребёнка.

“Удовлетворение потребностей лежит в основе любой деятельности, ибо они – движущие силы человеческой жизни” (В.А. Сухомлинский)

Если социальный работник хочет помочь пользователю, он должен:

- знать, в чём состоят нормальные человеческие потребности;
- уметь оценить, удовлетворяются ли они: способна ли его семья удовлетворить их, есть ли в сообществе ресурсы, нужные для удовлетворения потребности;
- организовать и добиться, чтобы потребности пользователя удовлетворялись комплексно и полностью, так, как нужно пользователю, а не так, как удобно сотрудникам или семье.

Мы должны развивать принятые в нашей системе методы изучения ситуации пользователя, и внедрять такие новые методы, как:

- комплексная оценка потребностей пользователя;
- изучение социальных связей пользователя;
- самооценка качества жизни пользователя.

В качестве примера разберем модель комплексной оценки потребностей ребёнка по трём измерениям (далее – Модель оценки), которая при меняется в международной социальной работе с конца 1990-х гг.

I. Потребности ребёнка для развития – что нужно обеспечить ребёнку, чтобы он развивался полноценным и здоровым.

II. Родительский потенциал – способность родителей заботиться о ребёнке

III. Факторы семьи и окружения – наличие в семье и в сообществе ресурсов, нужных для развития ребёнка.

Компоненты представленной «Модели оценки» потребностей ребенка и его семьи – грани треугольника (потребности ребенка во время развития, способность родителей заботиться о ребенке, родительский потенциал и факторы семьи и среды) – имеют много чрезвычайно важных показателей, каждый из которых необходимо учитывать, если социальному работнику нужно качественно повлиять на ситуацию пользователя и изменить ее к лучшему.

Каким же является общий подход к использованию «Модели оценки»? Оценка потребностей ребенка начинается, собственно, с изучения его нужд в порядке, представленном на модели сверху вниз: здоровье, образование, социальная презентация, эмоциональное развитие и поведение, самосознание, семейные и социальные отношения, навыки самообслуживания.

При этом, важно подчеркнуть, каждая потребность ребенка оценивается в контексте всех показателей способности родителей заботиться о ребенке, удовлетворять его потребности (родительского потенциала).



Для более простого, прикладного, постепенного применения Модели оценки, для избегания путаницы, полезно разделить каждый параметр на ряд конкретных узких пунктов и вопросов. Например, чтобы понять, владеет ли ребёнок необходимыми навыками социального поведения (см. схему), разделим этот широкий вопрос на несколько узких:

- Каково поведение пользователя в обществе (нормальное, проблемное, необычное и др.)?
- Знает ли пользователь о принятых нормах поведения, понимает ли он эти нормы?
- Соответствует ли его одежда и личная гигиена общепринятым нормам?
- Воспринимают ли пользователя в коллективе позитивно?
- Каков уровень его коммуникабельности, общительности?
- Умеет ли он проявить себя, произвести хорошее впечатление на людей?

Чтобы ответить на каждый вопрос, надо собрать о пользователе объективную и субъективную информацию:

Объективные характеристики	Способы их изучения	Субъективные характеристики	Способы их изучения
Внешний вид, условия проживания, поведение	<ul style="list-style-type: none"> - наблюдение за состоянием пользователя и поведением в быту, ситуациях общения, на улице - наблюдение за реакциями окружающих на пользователя - разговор с медиком, наблюдающим пользователя - измерение физических параметров (рост, вес) 	Мнения пользователя, чувства пользователя, личный опыт пользователя	<ul style="list-style-type: none"> - разговор и интервью с пользователем - разговор и интервью с его родственниками и соседями; - заполнение вопросников; - шкалы самооценки качества жизни; - проективные

	- осмотр условий проживания пользователя (на предмет гигиены, оснащённости, культурно-информационного оформления жилища) - изучение документов о пользователе		психологические методики.
--	--	--	---------------------------

Собрав информацию по какому-либо узкому вопросу, оценим состояние пользователя по балльной шкале:

5 – проблемы не наблюдается, потребность вполне удовлетворена, **помощь не нужна**

4 - проблема проявляется редко и с терпимой интенсивностью; потребность обычно удовлетворена, **помощь нужна иногда**

3 – проблема присутствует довольно часто, негативно влияет на обычную жизнь человека, потребность, **нужна регулярная помощь** и наблюдение

2 – проблема присутствует большую часть времени, в нескольких аспектах нарушает обычную жизнь, **нужна постоянная помощь** и наблюдение,

1 – проблема присутствует почти всегда, полностью нарушает обычную жизнь пользователя, существует угроза жизни и здоровью пользователя, **нужна постоянная помощь и контроль** над поведением пользователя.

Например:

Вопрос: «Соответствует ли его одежда и личная гигиена общепринятым нормам?» Понаблюдав, мы увидели, что ребёнок одевается в одежду секонд-хенд, выглядит хуже одноклассников. Значит, у него имеется проблема и нужна помощь в обеспечении одеждой – ставим 3 балла.

Вопрос: «Воспринимают ли пользователя в коллективе позитивно?» - У классной руководительницы мы узнали, что одноклассники не обижают ребёнка, общаются, хотя особо не дружат. Присваиваем 4 балла.

Вопрос: «Каков уровень его коммуникабельности, общительности?» - поговорив с ребёнком, мы увидели, что он замкнут, стеснителен, недоверчив; из-за этого у него нет друзей, и он чувствует себя одиноким – ставим 2 балла.

Таким образом, шаг за шагом мы создаём комплексную оценку состояния пользователя, а с помощью балльного ранжирования мы можем явно выделить наиболее проблемные параметры его состояния: та область, где нам пришлось поставить двойки и единицы, требует помощи социального работника. При необходимости, можно вычислить средний арифметический показатель по каждому блоку потребностей (например, по блоку «Отношение к себе» мы поставили пользователю оценки 3, 2, 3 по каждому параметру; средний балл – 2,6). Благодаря такому подходу мы можем не распылять свои силы, хватаясь за всё сразу, и не помогать там, где всё и так в порядке, а сосредоточиться на тех областях жизнедеятельности пользователя, где мы больше всего ему нужны.

Проведя работу, оказав помощь пользователю, через определённое время следует провести **повторную оценку его потребностей по той же методике**. Изменение показателей продемонстрирует нам, улучшилось ли состояние пользователя, эффективно ли мы действовали. В зависимости от этого социальный работник может внести коррективы в план помощи пользователю, а руководитель службы может оценить качество работы сотрудника.

Способы сбора информации в ходе оценки:

- разговор с пользователем
- разговор с родственниками и соседями;
- наблюдение за состоянием и поведением пользователя;
- наблюдение за состоянием пользователя и поведением в бытовых ситуациях;
- наблюдение за состоянием пользователя и поведением в ситуациях общения;
- наблюдение за поведением пользователя на улице
- наблюдение за реакциями окружающих на пользователя
- разговор с медиком, наблюдающим пользователя

-
- измерение физических параметров (рост, вес) - изучение медицинских документов
 - осмотр условий проживания пользователя (на предмет гигиены, оснащённости)
 - осмотр условий проживания пользователя (на предмет культурно-информационного оформления жилища)
 - изучение документов о пользователе.

1.4. Планирование помощи – разработка ИПОП

По результатам проведённой оценки выявляются приоритетные потребности пользователя, и на их основе разрабатывается ИПОП.

ИПОП включает в себя

- Определение долгосрочных и постоянных целей социального обслуживания.
- Определение краткосрочных задач обслуживания, сформулированных на основе выявленных приоритетных потребностей и указывающих на конкретные результаты, которых пользователь должен достичь в течение ближайшего периода.

Примерами задач может быть: восстановление либо освоение какого-либо двигательного навыка; восстановление или установление взаимоотношений с кем-либо; адаптация индивидуального пространства под потребности пользователя; освоение пользователем какой-либо социальной среды; восстановление каких-либо имущественных или гражданских прав и т.д. Расплывчатые формулировки цели типа «пользователь получает достаточный уход» бесполезны. Желательно, чтобы каждая сформулированная цель и задача соответствовала так называемым SMART-критериям, то есть была бы: конкретной (specific); измеримой (measurable); достижимой (achievable); значимой (relevant); соотносимый с конкретным сроком (time-bounded). Например: задача помощи ребёнку в интернате: «Начиная со следующего квартала, ребёнок встречается со своими родственниками не реже чем раз в месяц»; задача помощи молодому человеку с физическими нарушениями: «Через 12 месяцев пользователь овладел ремеслом и трудоустроен на частичную занятость» и т.п.:

- Определение видов деятельности, направленных на достижение целей, и графиков их выполнения. Соответственно видам деятельности, организовывается междисциплинарная команда, в которую должны войти специалисты, чьи услуги нужны ребёнку. Каждый из специалистов отвечает за свои задачи, указанные в ИПОП. Ведущий социальный работник координирует работу команды.
- Определение конкретных сроков достижения краткосрочных целей, а также измеримых показателей их достижения.
- Календарный план пересмотра и изменения ИПОП (рекомендуется пересмотр не реже чем один раз в квартал).

План должен в конкретных и измеримых терминах указывать, каких улучшения в состоянии пользователя мы собираемся достичь и в какие сроки.

ИПОП подписывается пользователем, ведущим социальным работником и руководителем социальной службы (учреждения). На основании ИПОП будет осуществляться уход за пользователем. За выполнение ИПОП отвечает закреплённый за пользователем сотрудник – ведущий социальный работник (кейс-менеджер).

Приблизительный алгоритм разработки ИПОП предложен на схеме ниже.

Шаг 1: оценка потребностей

▪ Проводим оценку потребностей пользователя. Оценочная форма указывает нам на наименее удовлетворённые потребности, т.е. на наиболее острые проблемы нашего пользователя.

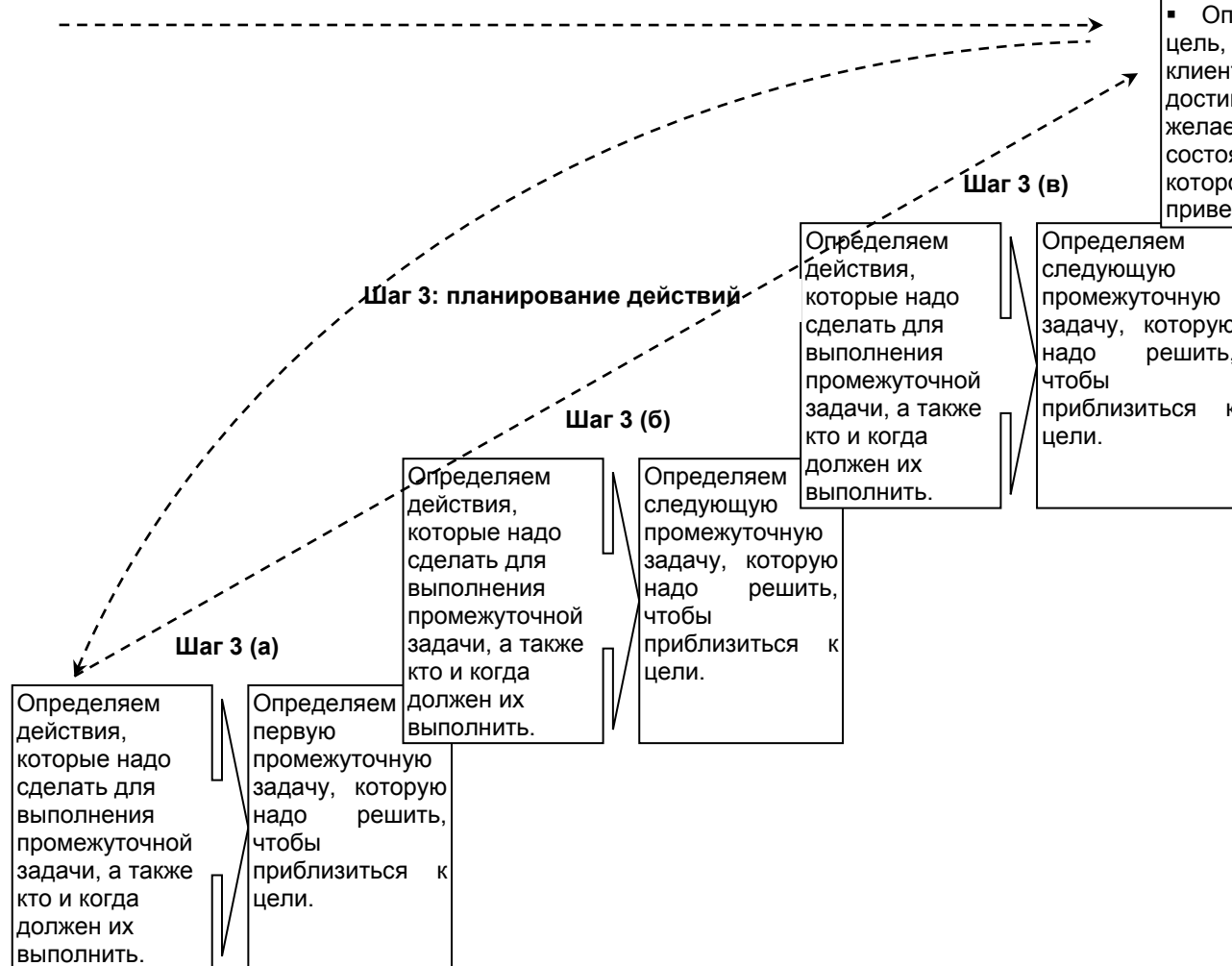
▪ Выбираем из многих потребностей/проблем те, которые будем решать.

▪ Создаём междисциплинарную команду специалистов, чья помощь нужна пользователю

▪ Разрабатываем ИПОП

Шаг 2: выбор цели

▪ Определяем цель, которую мы с клиентом хотим достигнуть, желаемое состояние, к которому мы хотим привести пользов.



→ 2 недели →

от 1 недели до 3 месяцев →

от 1 недели до 3 месяцев →

от 1 недели до 3 месяцев →

от 3 мес до 1,5 лет →

Проводим оценку в течение 2 недель после обращения пользов за помощью

Выполняем задачу в течение короткого срока – от нескольких недель до трёх месяцев. После этого пересматриваем план помощи, ставим следующую задачу.

Достигаем цели в течение длительного срока, от неск. месяцев до полутора лет

Приблизительный пример разработанного ИПОП:

Выявленные ПРОБЛЕМЫ, неудовлетворённые потребности (по результатам Оценки потребностей, декабрь 20__ г.)	ДЕЙСТВИЯ, которые нужно совершить, чтобы достигнуть целей			ЦЕЛИ, которых мы вместе с пользователем хотим достигнуть до 1 апреля 20__ г.
	Что нужно сделать	Кто это должен сделать	Когда это нужно сделать (сроки или регулярность)	
ЗДОРОВЬЕ Апаи Зайнаб недавно поставили диагноз «сахарный диабет», но она не знает, какую диету надо соблюдать	Собрать для апаи Зайнаб информацию о правилах питания при диабете Организовать для неё консультацию врача-эндокринолога из районной больницы Напоминать апаи Зайнаб о соблюдении правил питания.	Главврач интерната Соц.работник Соц.работник и повар	До 28 февраля До 4 марта Ежедневно	Апаи Зайнаб знает правила питания при сахарном диабете и соблюдает их.
ПОЗНАНИЕ				
ЭМОЦИИ				
ОТНОШЕНИЕ К СЕБЕ				
СЕМЕЙНЫЕ ОТНОШЕНИЯ Апаи Зайнаб потеряла связи с сыном (Фарход, 1967 г.р., с 2004 г. работает в России)	Написать запрос в органы внутренних дел, чтобы найти сегодняшний адрес Фархода	Соц.работник	До 20 февраля	Апаи Зайнаб контактирует с сыном как минимум раз в квартал
СОЦИАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ Апаи Зайнаб не имеет друзей в интернате, чувствует себя одинокой	Пригласить Зайнаб в кружок народной песни, работающий в интернате Выделить Зайнаб грядку в теплице, где она сможет выращивать цветы и общаться с другими огородницами	Соц.работник, муз.руководитель Соц.работник, завхоз	Еженедельно, чт. с 16.00 до 18.00 С 15 марта – ежедневно (по желанию)	У апаи Зайнаб есть как минимум две хорошие знакомые, с которыми она часто (несколько раз в неделю) общается
СОЦИАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ				
САМООБСЛУЖИВАНИЕ Апаи Зайнаб не может сама пользоваться туалетом, поскольку плохо ходит, не гнутся колени	Приобрести для Зайнаб ходунки Прикрепить возле унитаза поручни для опоры при присаживании и вставании	Главврач Завхоз	До 31 марта До 1 марта	Апаи Зайнаб самостоятельно пользуется туалетом

1.5. Выполнение ИПОП

То есть собственно оказание всех тех социальных услуг, которые направлены на выведение пользователя из кризиса и достижение пользователем социальной самостоятельности:

- если ситуация очень тяжела и пользователь в опасности, то социальная помощь начинается с кризисного вмешательства, при котором специалисты оказывают пользователю интенсивные услуги, играют активную роль и, при необходимости, принимают на себя ответственность за решения (в рамках законодательства! Например, угроза жизни ребёнку требует кризисного вмешательства милиции, органов опеки и социальной службы);
- в остальных случаях работа ведётся в режиме социального сопровождения, при котором пользователь самостоятельно обращается за услугами согласно плану, а ведущий социальный работник при этом консультирует и обучает, поддерживает и поощряет, развивает поведенческие навыки пользователя, помогает в социальной адаптации, защищает права и интересы; кроме того, при необходимости работник наблюдает, инспектирует и контролирует поведение пользователя. Также ведущий работник координирует действия других специалистов, входящих в междисциплинарную команду.

Если пользователь имеет физические или психические ограничения жизнедеятельности, то социальное сопровождение должно дополняться, во-первых, бытовым обслуживанием, которое включает в себя предоставление условий для проживания, питание, гигиеническое обслуживание; во-вторых, развитием физической активности и социально-медицинской реабилитацией.

Срок, необходимый для выведения пользователя из хронического кризиса, нельзя предсказать, он зависит от тяжести проблемы, ресурсов социальных служб и т.д. – социальное сопровождение может длиться от нескольких недель до года. Однако дело пользователя нельзя тянуть бесконечно: план помощи чётко направлен на решение проблемы, и ведущий социальный работник отвечает за то, чтобы пользователь достигал целей в поставленные сроки.

1.6. Мониторинг (промежуточная оценка)

Это проверка того, работает ли план и приносит ли его выполнение ожидаемые результаты. Мониторинг может привести к нескольким выводам:

- реализация плана помощи идёт нормально, результаты постепенно достигаются, продолжаем работу;
- результаты не достигаются, выявлены те или иные помехи, предлагается скорректировать план помощи: привлечь дополнительные услуги или ресурсы, повлиять на участников процесса (пользователя или кого-то из специалистов) и т.д.;
- пользователь отказывается выполнять план помощи, надо ставить вопрос о прекращении сотрудничества.

Мониторинг необходимо проводить регулярно, чтобы иметь возможность вовремя скорректировать действия, но не слишком часто, чтобы не переутомлять ведущего социального работника и пользователя; имеет смысл проводить промежуточную оценку на начальном этапе работы – раз в месяц, далее – раз в три месяца или раз в полгода.

1.7. Завершение

Завершение работы над случаем пользователя и выход пользователя из-под сопровождения должно планироваться заранее и опираться на результаты оценивания его состояния. На основе оценки ведущий социальный работник и команда принимают решение:

- если, несмотря на усилия, задачи не достигнуты, или выявлены новые проблемы и потребности, дело продлевается, составляется новый план помощи (не рекомендуется бесконечно продлевать работу с пользователем; пользователь должен достичь самостоятельности) (если успех не достигнут из-за неконструктивного или безответственного поведения пользователя или сотрудника, то сотрудничество может быть расторгнуто);
- если задачи плана помощи достигнуты и пользователь снова самостоятельно функционирует, дело закрывается.

Ведущий социальный работник готовит пользователя к этому, стараясь снизить стресс в период адаптации к независимой жизни. После завершения случая, тем не менее, следует поддерживать контакты с пользователем, который должен иметь право время от времени обращаться за помощью.

2. Личное дело пользователя

На каждого пользователя должно заводиться личное дело (в бумажном или электронном виде), «дело» в данном случае означает не только действия по оказанию помощи пользователю, но ещё и сборник документов, в которых эти действия записываются. Ведение профессиональных записей является необходимым элементом метода «Управление делом пользователя (кейс-ворк)».

Преимущества ведения личного дела пользователя

- Собранные в одном деле разнообразные материалы о пользователе позволяют представить его целостно, с разных сторон, и тем самым лучше понять его как человека, выделить его из группы, увидеть как отдельную личность.
- Заполнение бланков и форм личного дела заставляет работника осмысливать, осознавать, рефлексировать свою деятельность, а не повторять её автоматически, видеть свою работу как бы со стороны, и тем самым лучше понимать пользователя, себя и взаимодействие с пользователем.
- Последовательность бланков личного дела создаёт алгоритм действий, то есть подсказывает работнику (особенно начинающему), какие последующие действия и задачи он должен выполнить, как бы «подталкивает» работника постоянно продвигаться по этапам работы с пользователем, не застревая на каком-либо одном.
- Дело позволяет обоснованно отчитаться в проведенной работе перед руководством или, в случае экстренной ситуации, перед компетентными органами.
- Дело позволяет вести хронологию, проследить изменения в жизни пользователя на протяжении месяцев и лет.
- Дело позволяет сохранить информацию при передаче (например, сотрудник увольняется и передаёт своих пользователей сменщику).
- Дело позволяет учиться самому и обучать коллег, анализируя собственную работу (затраты времени, типичную деятельность) и рассматривая примеры ситуаций (в рамках конфиденциальности, изменив имена!).
- Дело позволяет оценить массив проделанной нами работы и воочию увидеть ту помощь, которую мы оказываем людям.

Содержание личного дела должно быть довольно подробным, но ведение записей не должно отягощать работника.

2. Обязательные разделы личного дела пользователя

2.1. Документы, требуемые для поступления на обслуживание

Согласно Спецификации для поступления на обслуживание необходимо представить следующие документы:

- направление на дневное обслуживание или заявление родителей/законных представителей,
- анкета пользователя;
- копии документов, удостоверяющие личность пользователя (свидетельство о рождении, паспорт)
- амбулаторная карта (при необходимости);
- справка ВТЭК и/или другие документы медицинского характера;
- акт обследования жилищно-бытовых условий и/или форма первичной оценки потребностей;
- другие документы при необходимости.
- После решения Приемной комиссии социальной службы о приеме пользователя на обслуживание заключается

-
- договор с пользователем (требования к договору описаны в Спецификациях категорий услуг);
 - и издается
 - приказ руководителя учреждения о закреплении за пользователем кейс-менеджера.

2.2. Документы, которые оформляет социальная служба

2.2.1. Общие сведения о пользователе

- Адрес проживания и адрес регистрации пользователя
- Краткое описание жизни пользователя перед поступлением под сопровождение (где жил, чем занимался, получал ли помощь и в каких организациях (желательно узнать контакты специалистов), когда и почему поступил под сопровождение
- Информация о близких членах семьи пользователя (степень родства, имя, адрес)
- Какие-либо особо важные примечания, касающиеся здоровья и безопасности пользователя (медицинские и поведенческие)
- Какой язык пользователь предпочитает при устном и письменном общении
- Имя, должность, телефон специалиста, который сопровождает пользователя и отвечает за его благополучие (ключевого работника)
- Подпись пользователя
- Подпись работника, ответственного за пользователя
- Дата открытия личного дела (бланк учетной формы общих сведений в разделе 2.3)
- Схема семейного дерева пользователя или генограмма (описание и бланк учетной формы в разделе 2.3).
- Желательно также приложить краткое описание пользователя как личности (в свободной форме), где рассказать о его характере, привычках, симпатиях и антипатиях, важных событиях его жизни и т.д.

2.2.2. Комплексная оценка потребностей пользователя

Она, как правило, включает следующие аспекты

- потребность в физическом развитии, абилитации и реабилитации;
- потребность в предотвращении риска развития вторичных осложнений;
- потребность в медицинской помощи и лечении;
- потребность в безопасности и предотвращении имеющихся рисков;
- потребность в интеллектуальном развитии и образовании в пределах возможностей ребёнка;
- потребность в эмоциональных связях и индивидуальной привязанности;
- потребность в развитии семейных и социальных связей;
- потребность в развитии коммуникативных и поведенческих навыков;
- потребность в развитии навыков независимого функционирования, включая навыки самообслуживания, функционального перемещения, продуктивной деятельности;
- потребность в социально-правовой защите, восстановлении прав и свобод.

В личном деле пользователя эта оценка находит отражение в двух документах:

- Оценка психосоциальных потребностей пользователя
- Самооценка пользователем качества своей жизни

Бланки учетных форм – см. раздел 2.3. Со временем в личном деле будет собрано несколько заполненных бланков – один для начальной комплексной оценки и следующие для регулярного мониторинга состояния пользователя.

Как проводить оценку подробно рассказывалось в разделе 1.3

ВАЖНО! Если в процессе оценки выявится потребность пользователя в помощи физического терапевта/эрготерапевта необходимо дополнительно провести специальную оценку и заполнить соответствующие формы (раздел 3 данного руководства).

2.2.3. Индивидуальный план обслуживания пользователя (ИПОП)

Разработка и составление ИПОП рассматривалось в разделе 1.4.
Бланк учетной формы ИПОП – см. раздел 2.3

2.2.4. Протоколы заседаний междисциплинарной комиссии

Заседания междисциплинарной комиссии посвященные рассмотрению/изменению ИПОП проводятся в соответствии со Спецификацией услуги, но не реже 1 раза в квартал. Члены комиссии обсуждают текущую ситуацию пользователя, отмечают выполнение поставленных целей, намечают план дальнейшей работы с пользователем. По результатам заседания оформляется протокол (см. раздел 2.3) который хранится в личном деле пользователя.

2.3. Бланки учетных форм (С)

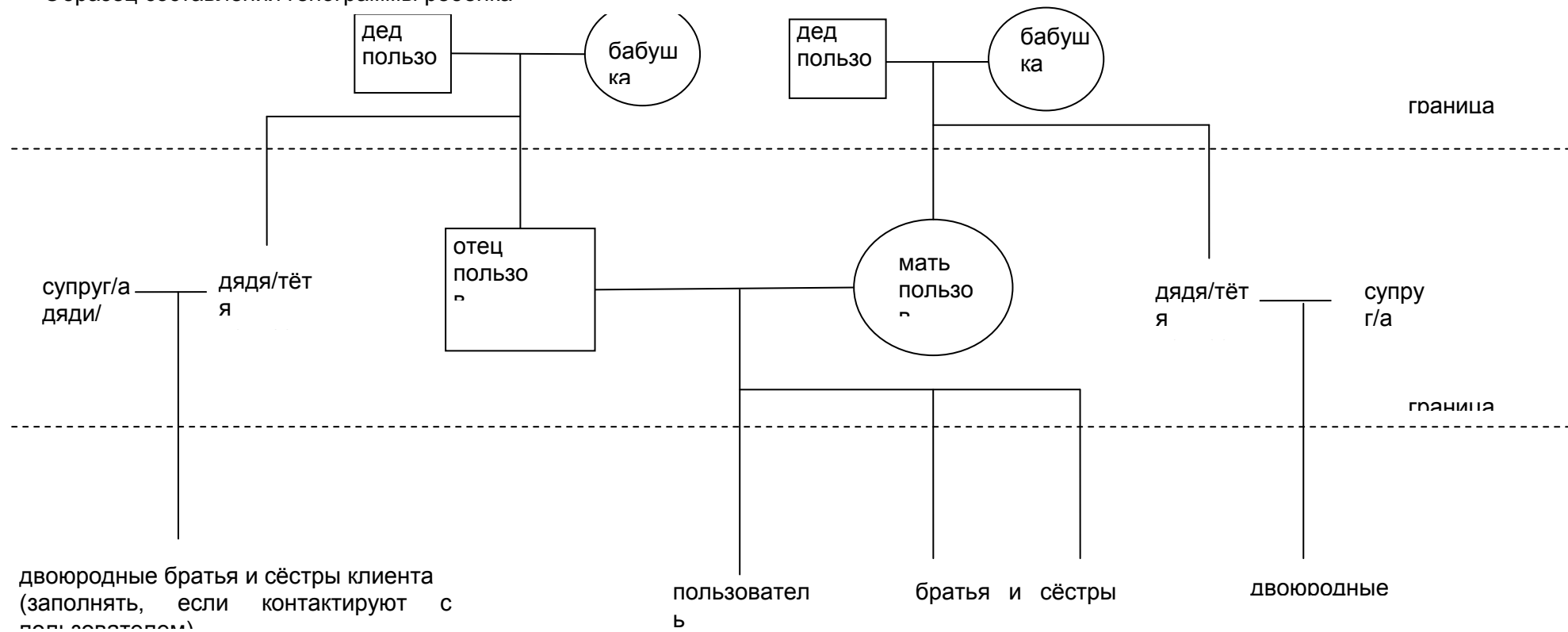
В данном разделе представлены бланки учетных форм по социальной работе/обслуживанию – Код С.

Форма С1 – Общие сведения о пользователе

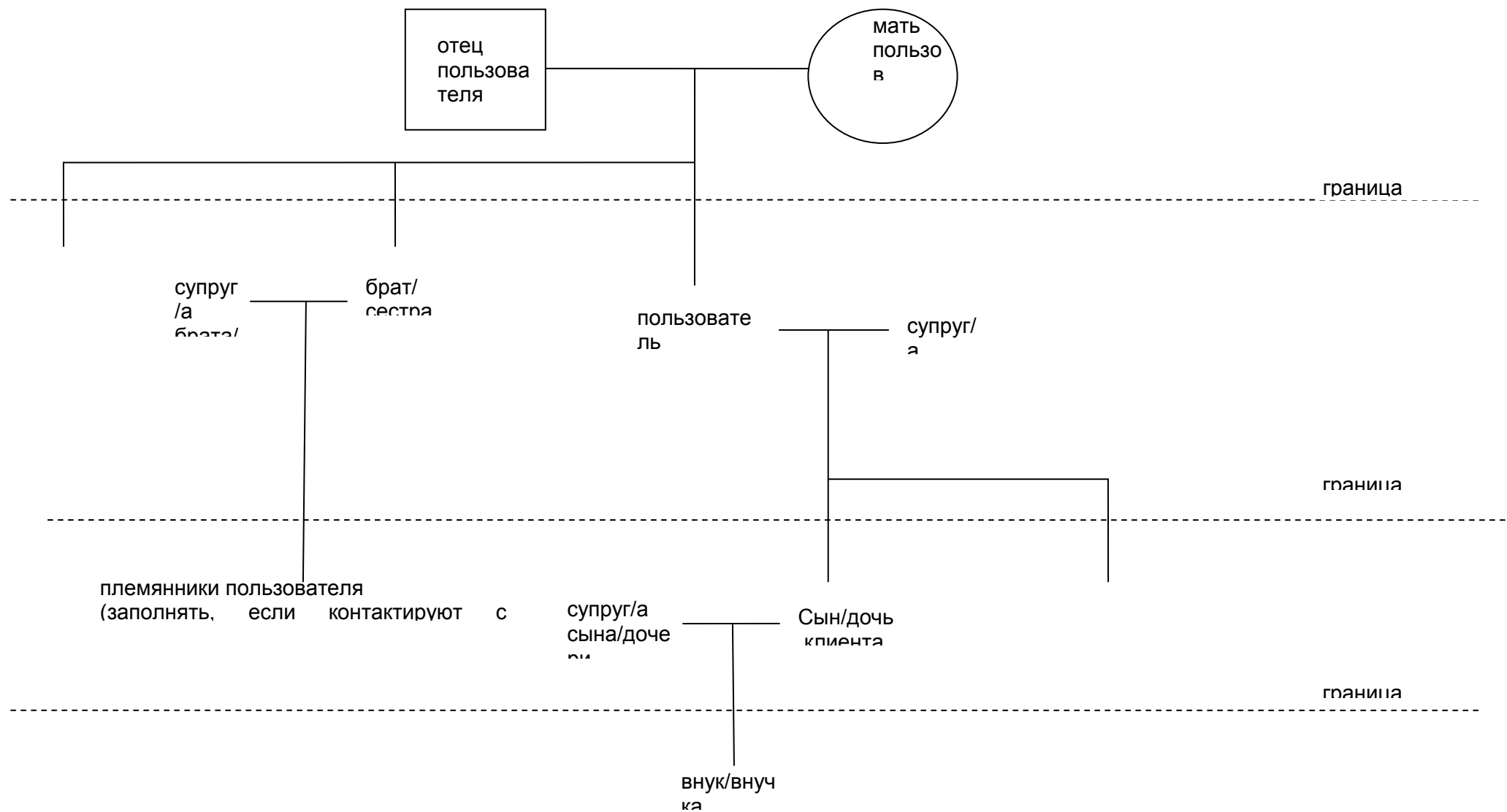
№	Разделы	Сведения
1	Фамилия, имя пользователя, дата рождения /фото/	
2	Адрес проживания и адрес регистрации	
3	Краткое описание жизни пользователя перед поступлением в социальную службу (где жил, чем занимался, получал ли помощь и в каких организациях (желательно узнать контакты специалистов), когда и почему поступил в социальную службу	
4	Информация о близких членах семьи пользователя (степень родства, имя, адрес)	
5	Какие-либо особо важные примечания, касающиеся здоровья и безопасности пользователя (медицинские и поведенческие)	
6	Какой язык пользователь предпочитает при устном и письменном общении	
7	Имя, должность, телефон специалиста, который сопровождает пользователя и отвечает за его благополучие (ключевого работника)	
8	Подпись пользователя	
9	Подпись работника, ответственного за пользователя (кейс-менеджера)	

Форма С2 - Генограмма пользователя

Образец составления генограммы ребёнка



Образец составления генограммы взрослого



Пояснения по составлению генограммы.

Для социального работника очень важно знать родственные связи пользователя. Схематическое их изображение в виде генограммы, или семейного дерева, намного проще и понятнее, чем текстовое описание.

Составление генограммы - возможность для социальных работников и членов семьи сотрудничать и общаться. Социальные работники должны стараться как можно активнее привлекать членов семьи пользователя (родителей, детей и других членов семьи (например, дедушку и бабушку)).

Генограммы могут быть представлена в расширенном виде, включая многих членов не прямых родственных ветвей (например, дети от предыдущих отношений, двоюродные братья и сестры, новые мужья и жены). Также было бы полезно, если бы генограмма включала, по крайней мере, три поколения (дедушка и бабушка - родители - дети).

Если у социального работника нет достаточного опыта работы с генограммой, было бы хорошо, если бы он потренировался с коллегами, прежде чем работать с семьей.

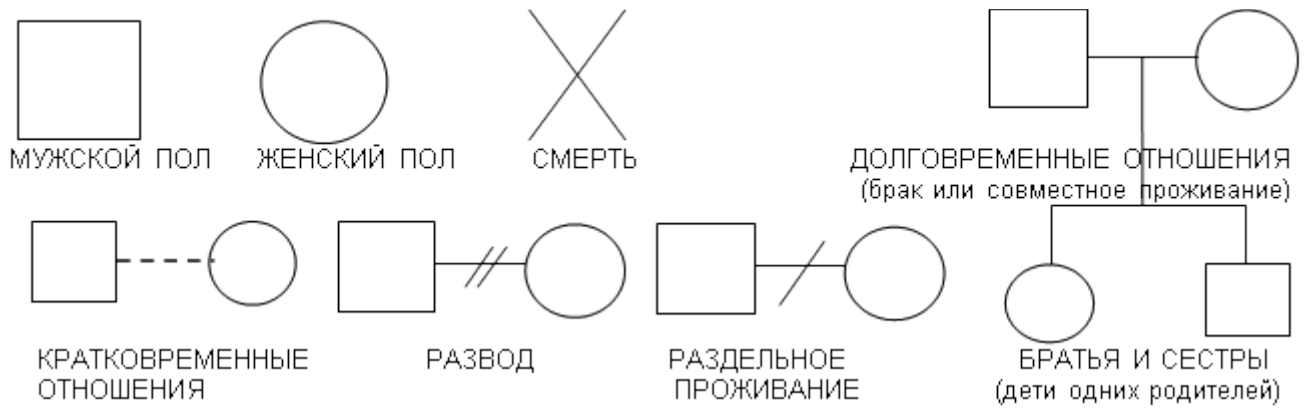
Лучше всего составлять генограмму на большом листе бумаги, рисуя ручками и карандашами разных цветов.

В генограмму могут быть включены дополнительные детали, такие как важные места и значительные события (например, несчастный случай, приведший к ограничению физических способностей человека).

При работе над составлением генограммы появляется возможность обсудить историю семьи в деталях, выяснить, что чувствуют члены семьи по отношению к тому, что с ними произошло.

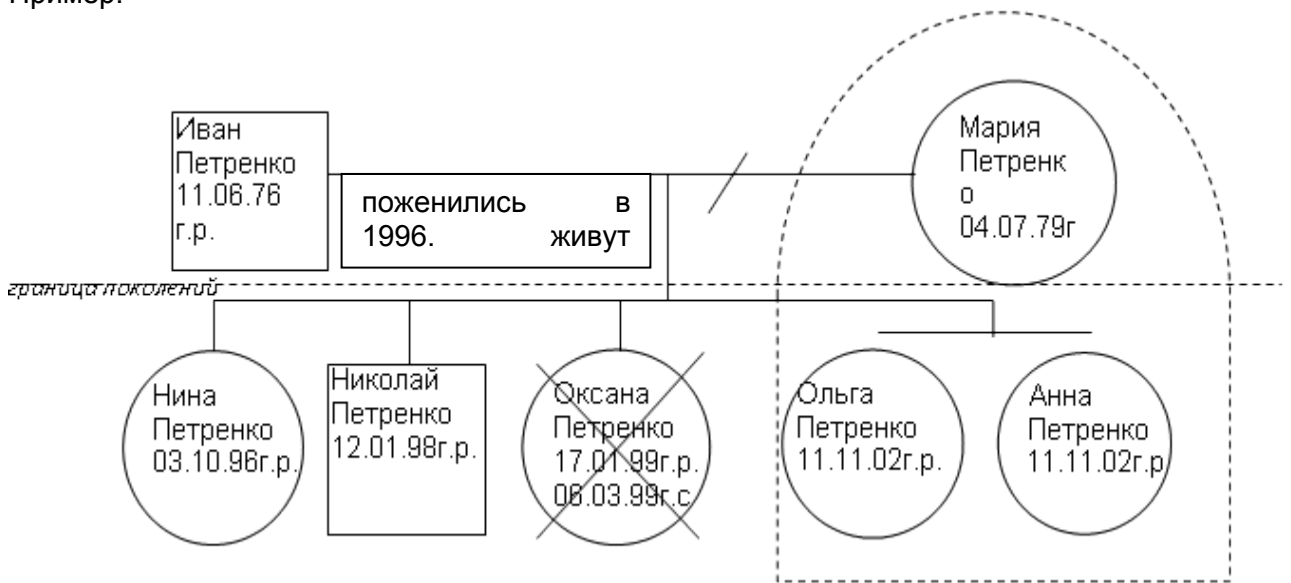
При работе над составлением генограммы появляется также возможность проследить, как члены семьи взаимодействуют друг с другом: например, насколько они откровенны друг с другом, как они заботятся друг о друге, как много они знают друг о друге.

Символы, используемые в генограмме.



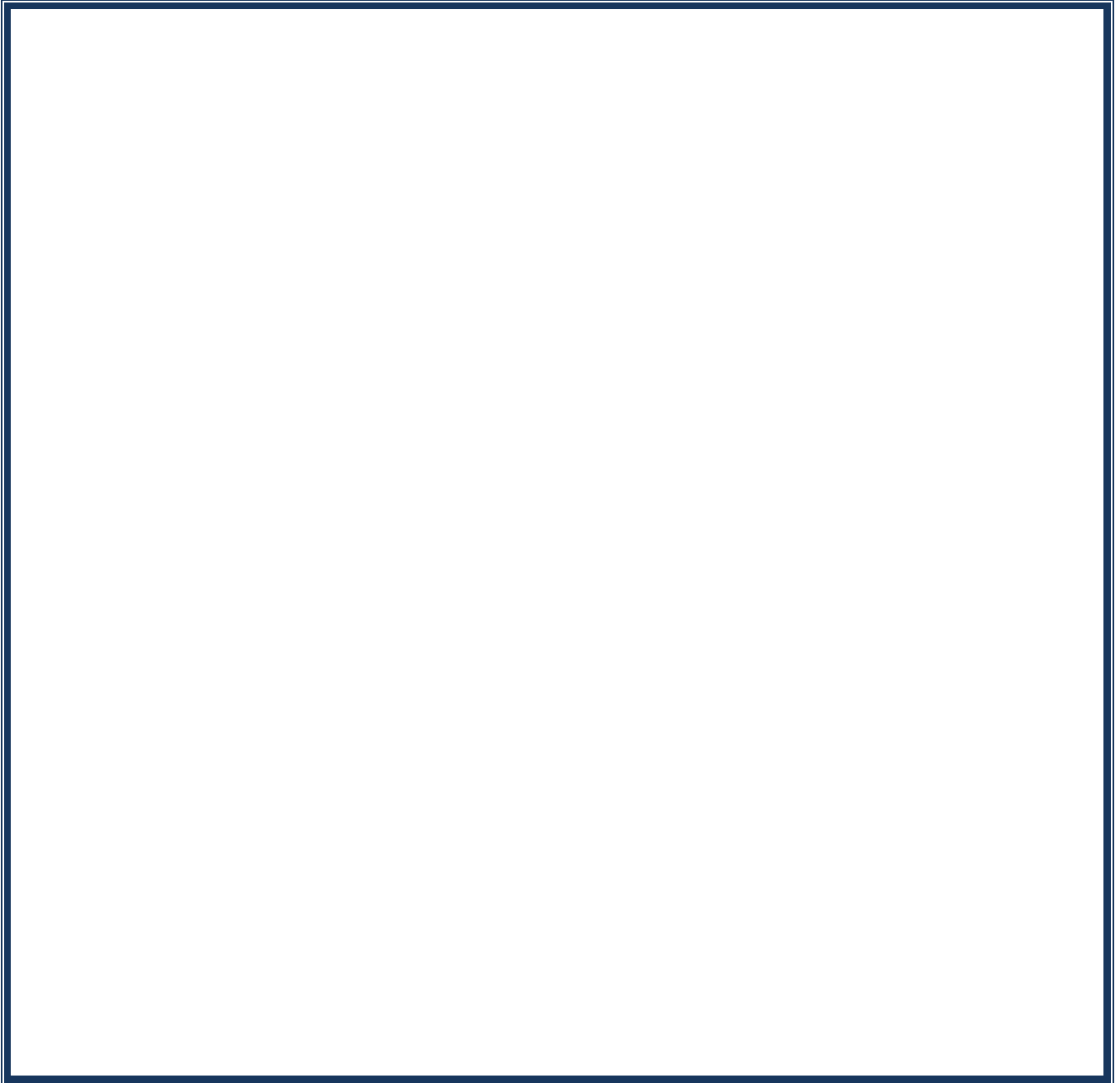
Пунктирной линией следует обводить людей, проживающих в настоящее время в одном доме.

Пример.



Форма СЗ – История пользователя

Короткий рассказ о пользователе социальной службы, написанный социальным работником в форме эссе (напишите о самом важном, что с Вашей точки зрения, нужно знать об этом человеке)



Форма С4 – Оценка психосоциальных потребностей пользователя

Дата проведения оценки: _____ 201_ г.

Очередность оценки (первичная, вторая, третья и т.д.) _____

Потребности пользователя:	Показатели, на которые следует обратить внимание при оценке:	Оценка* состояния пользователя					укажите подтверждающие факты, примеры, наблюдения, документы
		5	4	3	2	1	
1. ЗДОРОВЬЕ	Наличие серьезных болезней, установленных диагнозов (в т.ч. хронических)	5	4	3	2	1	
	Влияние пережитых в прошлом болезней и травм	5	4	3	2	1	
	Соответствие роста, веса, состояния здоровья нормам возрастного развития	5	4	3	2	1	
	Наличие надлежащего ухода за пользователем, когда он болеет;	5	4	3	2	1	
	Адекватность и калорийность питания, диеты;	5	4	3	2	1	
	Достаточный и спокойный сон	5	4	3	2	1	
	Аллергии, противопоказания, требования диеты, обязательная медикаментозная поддержка и т.д.	5	4	3	2	1	
	Доступ к информации по вопросам здоровья (о диете, о медикаментах, о сексуальном поведении, об алкоголе/наркотиках и др.)	5	4	3	2	1	
2. ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ И ОБРАЗОВАНИЕ	Возможности для взаимодействия с другими людьми (общение, совместная работа, игры)	5	4	3	2	1	
	Доступ к важной для него информации;	5	4	3	2	1	
	Доступ к книгам;	5	4	3	2	1	
	Развитие навыков и интересов	5	4	3	2	1	
	Получение пользователем похвалы, уважения, поощрений	5	4	3	2	1	
	Посещение развивающих занятий (есть ли они, регулярные ли, как пользователь к ним относится)	5	4	3	2	1	
	Имеется ли опыт успехов в творческой или трудовой деятельности	5	4	3	2	1	
3	Имеет ли контакт с людьми и коллективами в сообществе (вне учреждения или соц. службы)	5	4	3	2	1	
	Доверяет или не доверяет пользователь окружающим;	5	4	3	2	1	

	Имеет ли эмоциональную привязанность к кому-либо?	5	4	3	2	1	
	Как относится к себе и оценивает себя?	5	4	3	2	1	
	Развито ли у пользователя сочувствие и способен ли он помочь другим людям?	5	4	3	2	1	
	Каковы эмоциональные реакции пользователя в стрессовых ситуациях, как справляется с переживаниями?	5	4	3	2	1	
	Существуют ли у пользователя выраженные проблемы в общении с другими людьми?(излишняя стеснительность, конфликтность и тд.)	5	4	3	2	1	
	Имеются ли навязчивые страхи (темнота, замкнутое пространство, одиночество, толпа людей и тд.);	5	4	3	2	1	
	Насколько обычно тревожен, напряжён пользователь?	5	4	3	2	1	
	Самостоятелен ли в поступках и решениях, может ли высказать свою потребность или желание?	5	4	3	2	1	

4. ОТНОШЕНИЕ К СЕБЕ	Имеет ли возможность соблюдать свои культурно- национальные традиции	5	4	3	2	1	
	Развито ли чувство собственного достоинства?	5	4	3	2	1	
	Подвергается ли к какой – либо дискриминации по культурно- национальной принадлежности?	5	4	3	2	1	
5а. СЕМЕЙНЫЕ ОТНОШЕНИЯ	Тёплые ли, отношения у пользователя с родственниками?	5	4	3	2	1	
	Стабильные ли отношения с родственниками?	5	4	3	2	1	
	Есть ли люди, кроме родственников, которым пользователь доверяет и поддерживает отношения? (бывшие соседи, коллеги, друзья и тд.)	5	4	3	2	1	
	Был ли пользователь жертвой домашнего насилия, повлияло ли это на него?	5	4	3	2	1	
5б. СОЦИАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ	Дружит ли пользователь с кем-либо?	5	4	3	2	1	
	Является ли членом какой-либо группы друзей или коллектива?	5	4	3	2	1	
	Как обычно относится к другим людям?	5	4	3	2	1	
	Какие отношения у пользователя с соседями?	5	4	3	2	1	
	Есть ли люди, к кому пользователь может обратиться за защитой, поддержкой и советом?						
6. СОЦИАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ	Отличается ли поведение пользователя в обществе от общепринятого поведения;	5	4	3	2	1	
	Знает ли пользователь о принятых нормах поведения, понимает ли он их?	5	4	3	2	1	

	Соответствует ли нормам его одежда, состояние личной гигиены?	5	4	3	2	1	
	Как пользователя воспринимают в коллективе?	5	4	3	2	1	
	Как обычно пользователь взаимодействует с окружающими?	5	4	3	2	1	
	Умеет ли пользователь проявить себя, произвести хорошее впечатление на людей?	5	4	3	2	1	
	Заботится ли о внешности, внешнем виде	5	4	3	2	1	
7). САМО-ОБСЛУЖИ- ВАНИЕ	Имеет ли пользователь навыки личной гигиены и самообслуживания (одеваться, мыться, стирать и тд.)?	5	4	3	2	1	
	Следит ли за личными вещами (их чистотой и пр.);	5	4	3	2	1	
	Способен ли самостоятельно есть?	5	4	3	2	1	
	Умеет ли пользоваться столовыми приборами, бытовой техникой, готовить еду и пр.)	5	4	3	2	1	
	Умеет ли безопасным образом ориентироваться и перемещаться по населённому пункту, где проживает (включая пользование общественным транспортом), может ли посещать общественные места (магазин, домоуправление, детский клуб и т.д.)	5	4	3	2	1	

*Оценка состояния пользователя и степени удовлетворённости потребностей НА ОСНОВЕ ВЫЯВЛЕННЫХ ФАКТОВ:

ПРОБЛЕМЫ, выявленные в ходе Оценки потребностей пользователя в _____ 2011 г.	ДЕЙСТВИЯ, которые нужно совершить, чтобы достигнуть целей (краткосрочных и долгосрочных)			ЦЕЛЬ, которую мы хотим достигнуть для благополучия пользователя до _____ 20__ года
	Что нужно сделать;	кто должен сделать	это Когда это нужно сделать (сроки и/или регулярность)	

Пример заполнения ИПОП

ПРОБЛЕМЫ, выявленные в ходе Оценки потребностей в сентябре 2011 г	ДЕЙСТВИЯ, которые нужно совершить, чтобы достигнуть целей			ЦЕЛИ, которых мы вместе с пользователем хотим достигнуть до 28 февраля 2012 года
	Что нужно сделать	Кто это должен сделать (что соц.работник; пользователь, др. специалист)	Когда это нужно сделать (сроки или регулярность)	
ЗДОРОВЬЕ Апаи Зайнаб недавно поставили диагноз «сахарный диабет», но она не знает, какую диету надо соблюдать	Собрать для апаи Зайнаб информацию о правилах питания при диабете Организовать для неё консультацию врача-эндокринолога из районной больницы Следить за соблюдением правил питания апаи Зайнаб.	Главврач интерната Соц.работник Соц.работник и повар	До 18 октября До 4 октября Ежедневно	Апаи Зайнаб знает правила питания при сахарном диабете и соблюдает их.
ПОЗНАНИЕ				
ЭМОЦИИ				
ОТНОШЕНИЕ К СЕБЕ				
СЕМЕЙНЫЕ ОТНОШЕНИЯ Апаи Зайнаб потеряла связи с сыном (Фарход, 1967 г.р., прописан в г,Хорог, с 2001 г. работает в России)	Написать запрос в органы внутренних дел, чтобы найти сегодняшний адрес Фархода			Апаи Зайнаб поддерживает отношения с сыном
СОЦИАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ				
СОЦИАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ				
САМООБСЛУЖИВАНИЕ				

Форма С7 - Календарное расписание выполнения ИПОП

Имя пользователя _____
пользователя _____

ФИО сотрудника, ответственного за

Месяц:																													Цель работы с пользователем (согласно ИПОП)	
Вид деятельности и работника, вид помощи пользователю (согласно ИПОП)	ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС	ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС	ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС	ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС		

Форма С8 – Рабочий дневник

Дата и время	С кем и где состоялся контакт	Содержание контакта (что было сделано или обсуждено во время контакта)	Выводы, рекомендации, задачи на следующий этап	подпись

Форма С9 – Протокол заседания междисциплинарной команды

Наименование социальной службы/учреждения

Протокол заседания междисциплинарной команды от _____ 20__ года

Координатор команды: (ФИО и должность)

Присутствовали: (ФИО и должности)

Обсуждали выполнение ИПОП _____ (ФИО пользователя)

Кейс-менеджер: (ФИО и должность)

С сообщением о ходе реализации ИПОП выступил: (ФИО, должность, указать основные позитивные сдвиги и нерешенные проблемы)

С дополнениями выступили (ФИО, должности, краткое описание выступления. Это могут быть другие специалисты, родственники/опекуны, юрист и т.д.)

Выступления пользователя (если присутствовал):

Результаты обсуждения (можно оформить в виде таблицы).

Например

Проблемы пользователя, которые обсуждались на прошлом заседании	Проведенная работа/мероприятия	Достигнутые результаты	Нерешенные проблемы/не достигнутые цели	Программа достижения целей/изменения в программе	Сроки	Ответственные

Подпись координатора команды:

«Ознакомлен» - подпись кейс-менеджера

3. Возможные разделы личного дела пользователя

3.1. Физическая терапия

3.1.1. Пояснения к заполнению учетных форм для оценки пользователя ФТ/помощником ФТ

Для введения нового вида деятельности «физическая терапия» в пилотных учреждениях были выбраны 3 направления работы:

- Правильное и безопасное перемещения пользователей
- Профилактика вторичных осложнений
- Повышение уровня физической активности пользователя

В связи с этим для каждого направления работы были разработаны оценочные формы.

Правильное и безопасное перемещение пользователя

В данном разделе содержатся формы, которые можно использовать для оценки риска, связанного с перемещением грузов вручную, во время работы персонала, потребностей в перемещении пользователя, для составления плана помощи при перемещении, а также для самостоятельной оценки пользователем его активности при перемещении и комфортности самого перемещения. Данные формы являются лишь одним из примеров документации, при необходимости в конкретных учреждениях могут создаваться собственные формы, которые будут лучше подходить к конкретным условиям работы.

Ниже приводятся некоторые пояснения по заполнению форм.

Оценка факторов риска при перемещении и план снижения рисков при перемещении

Данная форма позволяет зарегистрировать и проанализировать факторы риска, которые наблюдаются при перемещении персоналом грузов вручную. Для проведения оценки нужно выбрать конкретную ситуацию, связанную с перемещением груза. Например, купание конкретного пользователя в ванне или обычные действия социального работника при перестилании постели пользователя. Особенности ситуации, которую Вы будете анализировать, необходимо максимально точно описать в соответствующей графе оценочной формы. В процессе наблюдения за перемещением груза обследующий отмечает те факторы риска, которые ему удалось заметить.

На оборотной стороне составляется план снижения рисков при перемещении. Для этого в столбики таблицы заносятся список выявленных проблем, предлагаемое решение и достигнутые результаты.

Например, Вы выявили, что при перемещении ребенка в палате из кровати на стул для кормления нянечка интерната вынуждена наклоняться, так как кровать очень низкая. Эту проблему можно сформулировать таким образом:

«Чрезмерные наклоны туловища из-за низкой высоты кровати».

Предлагаемое решение может быть таким:

«Увеличить высоту кровати с помощью подставок под ножки».

Теперь необходимо ответить на вопросы кто будет это делать, как именно и когда это будет сделано. Вся эта информация должна быть занесена в этот же столбик.

По прошествии какого-то времени (например, через месяц) Вы оцениваете результаты, которые были достигнуты. Для этого Вы повторно анализируете ситуацию по каждой проблеме и отмечаете в последнем столбике таблицы удалось ли решить проблему и таким образом снизить риск при перемещении. Напротив отметки о решении проблемы в столбце «Дата» проставляется конкретная дата, когда конкретная проблема была решена.

Потребности пользователя в перемещении

При заполнении данной формы старайтесь максимально точно и полно описывать проблемы, которые существуют у пользователя. Например, в графе «Способность к контакту» недостаточно просто написать «не разговаривает». Нужно постараться максимально подробно описать каким образом пользователь может ответить вам в ситуации перемещения, понимает ли он инструкции и т.д. Запись может быть, например, такой:

«Не может разговаривать, но понимает простые инструкции и может ответить жестами «да» и «нет». О дискомфорте сигнализирует криком».

В разделе «Специальное оборудование» необходимо кратко, но точно и полно описать те приспособления, которые использует пользователь. Например, «Инвалидная коляска пассивного типа. Ручка не снимается».

Такая информация может быть очень важна, так как несъемная ручка значительно затруднит перемещение пользователя с кровати или со стула на коляску.

На обратной стороне формы в столбце «Возможности и проблемы» фиксируются все возможности пользователя и проблемы, которые у него возникают при перемещении. Например, в разделе «сесть на край кровати» может быть указано:

«Не может самостоятельно опереться рукой о кровать и оттолкнуться, чтобы сесть. Необходима помощь одного человека».

Далее в столбце «Способ перемещения» необходимо указать конкретный способ правильного и безопасного перемещения (его буквенное обозначение), который необходимо использовать у этого пользователя. Для этого используются инструкции по правильному и безопасному перемещению.

План ухода и помощи при перемещении

План ухода и помощи при перемещении создается для решения конкретных проблем конкретного пользователя. Целью такого плана является улучшение ситуации, то есть приобретение пользователем большей самостоятельности при перемещении и снижение потребности в уходе. Разделы плана и принципы его разработки совпадают с планом снижения риска при перемещении. Конкретные записи в разделах плана могут выглядеть следующим образом:

Проблема «Не может встать с кровати из-за слабости ног»

Решение «Тренировка силы мышц передней поверхности бедра (упражнение «Сесть-встать») 3 раза в неделю 10 повторов, 2 подхода»

Результат «Может встать с кровати самостоятельно, придерживаясь за спинку стула».

Профилактика возникновения вторичных осложнений

Риск развития вторичных осложнений

Оценка риска возникновения вторичных осложнений проводится с целью выявления факторов риска для формирования таких вторичных осложнений, как контрактуры, деформации, дислокации (вывихи и подвывихи в суставах), повреждения мягких тканей, а также риска аспирации и респираторных инфекций.

При заполнении раздела «Риск возникновения деформаций и контрактур» необходимо оценивать пользователя в привычном положении, наблюдая за его позой лежа и сидя, анализируя время, в котором пользователь находится в той или иной позе и способности пользователя по своему желанию поменять положение тела. Физический терапевт / помощник физического терапевта наблюдает за пользователем, затем выбирает ту или иную бальную оценку (1 – при ответе «Нет» на соответствующий вопрос и 0 – при ответе «Да») и обводит соответствующее значение в правых столбиках оценочной формы.

При заполнении раздела «Риск развития аспирации и респираторных инфекций» наблюдает за пользователем во время питья и приема пищи, или опрашивает пользователя или ухаживающих за ним, затем выбирает ту или иную бальную оценку (0 – при ответе «Нет» на соответствующий вопрос и 1 – при ответе «Да») и обводит соответствующее значение в правых столбиках оценочной формы. Кроме этого, при ответе на вопрос о количестве респираторных инфекций за год обводится соответствующее числовое значение.

Аналогичным образом заполняется раздел «Риск появления повреждения мягких тканей и пролежней» - физический терапевт / помощник физического терапевта опрашивает пользователя или ухаживающих за ним осматривает кожу пользователя и выбирает соответствующие ответы (1 – при ответе «Нет» на соответствующий вопрос и 0 – при ответе «Да») и обводит соответствующее значение в правых столбиках оценочной формы.

Итогом оценки риска возникновения вторичных осложнений служит суммарная бальная оценка по всем разделам.

Программа профилактики развития и прогрессирования вторичных осложнений

Программа профилактики развития и прогрессирования вторичных осложнений создается снижения риска возникновения вторичных осложнений у конкретного пользователя с тяжелыми двигательными нарушениями. Разделы программы соответствуют основным подходам к профилактике вторичных осложнений: поддержание правильного положения тела в течение дня, смена положений тела в течение дня и поддержание объема движений с помощью упражнений или растяжек. Конкретные записи в разделах плана могут выглядеть следующим образом:

Раздел «Правильные положения тела», подраздел «Положение лежа на спине»
«В течение дня положение лежа на высоком изголовье, Т-образная подушка под коленями»

Раздел «Смена положений тела в течение дня»
«Прием пищи (8.00, 12.00, 16.00, 19.00) – сидя на кресле за столом;
Отдых (12.30-14.00) – лежа на высоком изголовье, Т-образная подушка под коленями;
Вертикальное положение (10.00 – 10.40, 17.00 – 17.30) – вертикализатор;
Положение лежа на животе (11.00 – 11.20, 18.00 – 18.20)»

Раздел «Поддержание объема движений»
«Пассивные упражнения на поддержания объема движений 1 раз в день + растяжки задней поверхности нижних конечностей, пронатора предплечья и сгибателей локтевого сустава».

Заключение по оценке физического терапевта

Форма «Заключение по оценке физического терапевта» содержит результаты наблюдения за пользователем, осмотра, пальпации, а также выполнения специальных тестов. В каждом разделе формы в сжатом виде описываются соответствующие особенности пользователя, имеющие значение для составления списка проблем физического терапевта / помощника физического терапевта. Особое внимание необходимо уделять описаниям двигательных возможностей пользователя: поддержание позы, переход из одной позы в другую и способности к перемещению.

Заключение по оценке физического терапевта заканчивается списком проблем, в который включается то, на что будет направлено вмешательство физического терапевта / помощника физического терапевта. Для формулировки проблемы удобно использовать следующие форматы:

КТО	НЕ МОЖЕТ	ЧТО
-----	----------	-----

У КОГО	СУЩЕСТВУЕТ РИСК	ЧЕГО
--------	-----------------	------

Например,

«Джоншед не может переносить вес на наги в положении сидя»

«У Нозы высокий риск падений»

«Зебо не может самостоятельно дойти до туалета»

«У Алишера высокий риск развития паралитического вывиха бедра».

Список проблем должен основываться на результатах оценки; не быть очень длинным (для начинающего специалиста рекомендуется не вносить в список более 2-3 проблем!); включать проблемы в порядке их приоритетности; формулироваться с учетом вовлеченности пользователя и/или его родственников.

Программа физического терапевта

Для регистрации предложенной физическим терапевтом / помощником физического терапевта программы вмешательства используется форма «Планирование программы вмешательства физического терапевта / помощника физического терапевта», которая состоит из 2-х разделов: Планирование программы вмешательства физического терапевта / помощника физического терапевта и Программа физической терапии.

Планирование программы физического терапевта / помощника физического терапевта содержит информацию о проблемах пользователя, целях вмешательства и подходах к вмешательству физического терапевта / помощника физического терапевта. Для заполнения формы в первом столбце ставится дата, соответствующая дате формулирования списка проблем (дате начала работы с пользователем), далее во втором столбце последовательно записываются проблемы пользователя, а в третьем и четвертом столбцах цели вмешательства и предлагаемое решение соответственно. Важно, что каждой проблеме в списке соответствуют одна или несколько целей

вмешательства и, соответственно определенные подходы и решения. Запись должна выполняться таким образом, чтобы было легко проследить последовательность:

Проблема ----- Цель (цели) вмешательства -----Предлагаемое решение

Записи в данной учетной форме могут выглядеть следующим образом:

Дата	Проблема	Цели вмешательства	Предлагаемое решение	Отметка о достижении
5.10.11	Снижение способности поддерживать равновесия стоя / высокий риск падений	Через 4 недели при выполнении теста поворот на 3600 Феруза выполняет не более 6 шагов Страх падения снижен до 5 баллов по 10 бальной шкале за 4 недели	30-минутные занятия ходьбой с (в группе 3 раза в неделю), тренировка силы мышц (сгибатели бедра, большие и средне-ягодичные мышцы и икроножные мышцы) 2 раза в неделю в группе. + Групповая тренировка равновесия в положение сидя, стоя и мультисенсорная тренировка равновесия во время ходьбы	8.11.11 11.11.11

В последнем столбце проставляется точная дата, когда была достигнута каждая цель вмешательства.

Программа физической терапии содержит информацию о конкретных приемах физической терапии, которые предполагается использовать для пользователя с точки зрения поддержания достаточного уровня физической активности, тренировке мышечной силы, равновесия, выполнении растяжек и тренировки выносливости. Если какой-то вид тренировки не применяется в данном конкретном случае, то соответствующий раздел не заполняется.

Записи в данной учетной форме могут выглядеть следующим образом:

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ			
Умеренная Работа по дому и в саду, пешие прогулки не менее 2.5 часов в неделю (ИОН 2-3)		Интенсивная 30-минутные групповые занятия ходьбой с палками 3 раза в неделю (ИОН 5-6)	
ТРЕНИРОВКА			
Сила Сибатели бедра (сесть-встать); большие ягодичные мышцы (ходьба назад с грузом);	Равновесие Равновесие сидя на неподвижной и подвижной опоре с дотягиванием за предметом на уровне	Растяжки Растяжка задней поверхности ног в положении лежа на спине и стоя; Растяжка грудных	Выносливость -

<p>Средние ягодичные мышцы (боковой шаг на ступеньку); Икроножные мышцы (подъем на носки) 2 подхода по 10-12 повторов 2 раза в неделю</p>	<p>плеч + перенос веса в стороны; Игры на равновесие с мячом и карточками стоя (дотягивание, перенос веса) Мультисенсорная тренировка равновесия во время ходьбы Групповая тренировка 2 раза в неделю</p>	<p>мышц, стоя у стены; Растяжка мышц спины Самостоятельно 2 раза в день</p>	
---	---	---	--

Дневник физического терапевта

Все занятия, проводимые физическим терапевтом / помощником физического терапевта в форме «Дневник физического терапевта». В данной форме записывается дата каждого занятия, содержание занятия, а также комментарии о состоянии пользователя и особенностях его поведения во время занятия.

3.1.2. Бланки учетных форм (Ф)

Форма Ф1 - Оценка факторов риска при перемещении

Дата _____

Физический терапевт / помощник физического терапевта	
--	--

Место и особенности ситуации	
------------------------------	--

Факторы риска		
Неправильные позы	Наклоны вперед при перемещении тяжести Длительные статические наклоны вперед Развороты тела	
Плохая эргономика	Теснота (недостаточно места) Неправильная высота Неправильная высота стула Неправильное размещение предметов Нехватка оборудования	
Перегрузки	Груз очень тяжелый – не по силам Груз нужно держать в руках слишком долго Груз передвинули слишком быстро или неконтролируемым способом	
Плохое самочувствие	Ослабленные мышцы Общее физическое состояние, влияющее по подвижность Ранняя ускоренная дегенерация суставов Ограниченная подвижность из-за ожирения Преждевременное возвращение на работу после болезни Психологические нарушения, особенно депрессия	
Неправильная методика		
Опасность травмы	Неправильная одежда Неправильная обувь Падение, поскользывание, подворачивание ноги на влажной или скользкой поверхности пола	
Особенности груза	Вероятность неожиданного движения Тяжелый Громоздкий Трудно удерживать руками Потенциально опасный	

Форма Ф2 – План снижения риска при перемещении

Дата	Проблема	Предлагаемое решение (кто, делает что, как, когда)	Результат	Дата

Примечание при оценке учитываются качество типичной позы, обычное поведение и типичные проблемы, возникающие при уходе.

Фамилия, имя _____

Риск появления деформаций и контрактур	Да - 0	Нет - 1
Положение лежа на спине		
Туловище симметрично	0	1
Голова по средней линии	0	1
Ноги выпрямлены и лежат параллельно	0	1
Вес распределен равномерно между правой и левой половинами тела	0	1
Положение сидя		
Туловище симметрично	0	1
Голова по средней линии	0	1
Ноги параллельно друг другу	0	1
Таз в нейтральном положении или наклонен вперед	0	1
Стопы стоят на поверхности опоры	0	1
пользователь не более 3-х часов в день находится в позе опасной с точки зрения возникновения деформаций и контрактур	0	1
пользователь способен по своему желанию самостоятельно поменять позу	0	1
пользователь сигнализирует о чувстве дискомфорта или желании поменять позу	0	1
Риск аспирации и респираторных инфекций	Нет - 0	Да - 1
Поперхивается при проглатывании пищи	0	1
Поперхивается при проглатывании питья	0	1
пользователя кормят и поят в положении лежа или полулежа	0	1
Количество респираторных инфекций за 1 год	0 1 2 3 4 5 6 7 8	
Риск появления повреждения мягких тканей и пролежней	Нет - 0	Да - 1
пользователь более 6 часов в день находится в стуле или коляске	0	1
Заметно покраснение кожи в точках прижатия или травматизации	0	1
ИТОГО		

Форма Ф4 - Программа профилактики развития и прогрессирования вторичных осложнений

Фамилия, имя _____ Физический терапевт _____

Правильные положения тела	Смена положений тела в течение дня	Поддержание объема движений
Лежа на спине		Упражнения (описание, количество раз, время)
Лежа на животе		
Лежа на правом боку		
Лежа на левом боку		
Сидя		Растяжки (описание, время)
Стоя		
Другое		

Фамилия, имя _____

Возраст _____

Первично / повторно

Фамилия, имя ФТ / помощника ФТ _____

Основные медицинские проблемы

Важная информация о жизни пользователя (условия жизни, состав семьи, близкие и друзья, особенности повседневной жизни, особенности окружения)

Возможности пользователя

Поддержание позы (лежа, сидя, стоя и др.)

Переход из одной позы в другую

Перемещение (ползание, ходьба и др., использование приспособлений для перемещения)

Нарушения пользователя
Мышечный тонус

Объем движений

Чувствительность

Сила мышц

Походка

Использование вспомогательных приспособлений (инвалидная коляска, ходунки, специальный стул и др.)

Список проблем

Форма Ф6 - планирование программы вмешательства ФТ/ помощника ФТ

Фамилия, имя _____
Возраст _____ Первично / повторно

Дата	Проблема	Цели вмешательства	Предлагаемое решение	Отметка о достижениях

Форма Ф7 - Программа физической терапии

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ			
Умеренная	Интенсивная		
ТРЕНИРОВКА			
Сила	Равновесие	Растяжки	Выносливость

Форма Ф8 - Дневник работы ФТ

Фамилия, имя _____

Возраст _____ Первично / повторно

Фамилия, имя ФТ / помощника ФТ _____

Дата	Описание занятия	Комментарии

3.2. Эрготерапия

3.2.1. Этапы работы с пользователем

3.2.1.1. Прием и информирование

В процессе приема пользователя эрготерапевт (помощник эрготерапевта) предоставляет пользователю и/или ухаживающим полноценную информацию о данной услуге; сущности и целях эрготерапии; характере и принципах ответственности лица оказывающего данную услугу, а также информацию о правах и ответственности пользователя, возникающих в связи с оказанием данной услуги. Данная информация предоставляется в устной форме и может сопровождаться выдачей памятки.

3.2.1.2. Общая эрготерапевтическая оценка пользователя

В процессе общей оценки эрготерапевт (помощник эрготерапевта) собирает максимально возможную информацию о состоянии пользователя, используя следующие инструменты:

- интервьюирование самого пользователя и/или ухаживающих. Интервью может быть как структурированным, так и полуструктурированным, в зависимости от особенностей пользователя, в тяжелых случаях допускается проведение неструктурированного интервью;
- наблюдение за пользователем при выполнении им какой-либо активности в привычной для него обстановке (при возможности и необходимости);
- оценка ежедневных активностей пользователя с использованием «Канадской оценки выполнения деятельности» (COPM) и/или других шкал и опросников.

Результаты оценки записываются в разделах I и II учетной формы Э1 – «Журнал работы эрготерапевта/помощника эрготерапевта», которая содержит всю информацию, касающуюся состояния пользователя. Если вместе/вместо (COPM) используются другие шкалы и опросники дополнительно заполняется учетная форма Э2. Оценка заканчивается заключением эрготерапевта (помощника эрготерапевта) о текущем состоянии пользователя и сформулированным списком его проблем. Если проблемы определить не удастся, процесс на этом заканчивается.

3.2.1.3. Планирование и разработка программы вмешательства

Планирование и разработка программы вмешательства связаны с процессами принятия решений, постановки целей вмешательства, выбора теоретических подходов вмешательства, а также определения способов проведения вмешательства, его интенсивности и продолжительности.

Выбор подхода вмешательства.

Когда список проблем определен, выверен и ранжирован по приоритетности, эрготерапевт (помощник эрготерапевта), учитывая точку зрения пользователя, выбирает один (или более) подход, который будет определять оставшиеся этапы процесса.

Выявление компонентов функциональной активности и условий окружающей среды.

Эрготерапевт (помощник эрготерапевта) и пользователь выявляют компоненты деятельности и условия среды, которые влияют на проблемы в функциональной активности.

Определение сильных сторон и ресурсов.

Выявляются сильные стороны и ресурсы, которые эрготерапевт (помощник эрготерапевта) и пользователь вносят в предстоящий процесс улучшения функциональной активности.

Согласование целевых результатов и разработка плана вмешательства.

Целевые результаты соотносятся со списком выявленных проблем таким образом, что каждой проблеме из списка соответствует определенный запланированный результат. Запланированные результаты должны быть: конкретные, измеримые, достижимые, значимые и обозначенные во времени. Эрготерапевт (помощник эрготерапевта) и пользователь или ухаживающие обсуждают те результаты, на которые должна быть направлена эрготерапия, и разрабатывают программу вмешательства. В этой программе уточняется, что они будут делать для полной ликвидации или сведения к минимуму ограничений в деятельности, для того, чтобы получить запланированные результаты. Описание подхода и программы вмешательства, запланированных результатов также записываются в разделе III учетной формы Э1.

3.2.1.4. Проведение вмешательства

Вмешательство эрготерапевта (помощника эрготерапевта) может быть направлено на:

- восстановление и/или развитие;
- адаптацию;
- поддержание функций и профилактику нарушений;

Виды вмешательства, которые использует эрготерапевт (помощник эрготерапевта) должны быть отражены в запланированной программе вмешательства. В процессе реализации программы вмешательства может возникнуть необходимость в адаптации окружающей среды и/или применении вспомогательных средств реабилитации и проведении тренингов по использованию этих средств. В этом случае заполняется учетная форма Э3 – «*Журнал адаптации физического окружения пользователя и применения вспомогательных средств реабилитации*».

Эрготерапевт (помощник эрготерапевта) при необходимости изменяет и разбивает на составные части занятия с пользователем для создания наилучшей возможности по достижению запланированных результатов, он также контролирует удовлетворение пользователя процессом и результатами и при необходимости вносит изменения в программу вмешательства. Все текущие наблюдения, состояние пользователя и динамика отражаются в IV разделе учетной формы Э1.

3.2.1.5. Оценка эффективности и коррекция программы вмешательства

Оценка эффективности проводится с целью анализа приемлемости и эффективности программы вмешательства, коррекции, в случае необходимости, списка проблем, запланированных результатов, подходов и видов вмешательства. Эрготерапевт (помощник эрготерапевта) может сравнить фактические результаты с теми, которые были запланированы, и принять решение о продолжении или прекращении программы вмешательства. Оценка эффективности тесно связана с общей эрготерапевтической оценкой и для ее проведения могут использоваться те же инструменты.

Оценка эффективности регистрируется в соответствующих учетных формах, все зарегистрированные изменения анализируются. По результатам анализа и по согласованию с пользователем и/или ухаживающими принимается решение о прекращении или продолжении эрготерапевтической помощи. Если принимается решение о продолжении - составляется новая программа вмешательства с уточненными запланированными

результатами. Результаты повторной оценки, анализ эффективности проводимой программы и ее коррекция отражаются в разделе V учетной формы Э1.

До тех пор, пока в документации не появится запись об изменении программы вмешательства, предполагается, что программа реализуется по предложенному и записанному ранее плану.

3.2.1.6. Обучение, наблюдение и поддержка

Вовлечение ухаживающих за пользователем в реализацию программы эрготерапии предполагает передачу эрготерапевтом (помощником эрготерапевта) необходимых знаний и навыков помощи самому пользователю и/или ухаживающим. В целом обучение пользователя и/или ухаживающих охватывает обучение необходимым приемам перемещения, функциональной активности; обучение навыкам правильного использования технических вспомогательных средств реабилитации, навыкам проведения программ поддерживающих здоровье и здоровый образ жизни.

В процессе предоставления данной услуги эрготерапевт (помощник эрготерапевта) осуществляет наблюдение с целью контроля над безопасностью пользователя при перемещении, выполнении различных активностей и ручном обращении со стороны специалистов и/или ухаживающих. Он осуществляет контроль над безопасностью использования технических вспомогательных средств реабилитации и над окружающей средой для обеспечения максимально возможного уровня активности пользователя.

При необходимости эрготерапевт (помощник эрготерапевта) организует междисциплинарное взаимодействие (с другими специалистами, представителями власти, работодателями и пр.) для улучшения социализации пользователя.

3.2.2. Бланки учетных форм (Э)

Форма Э1 - Журнал работы эрготерапевта/помощника эрготерапевта

Код	Э1
-----	----

фотография пользователя

ЖУРНАЛ РАБОТЫ ЭРГОТЕРАПЕВТА/ПОМОЩНИКА ЭРГОТЕРАПЕВТА № _____

(название учреждения)

РАЗДЕЛ I ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР

Дата: « _____ » _____ 200__ года

1. пользователь

1.1 Амбулаторный 1.2 Стационарный 1.3 Осмотр на дому

1.3 Осмотрен впервые 1.4 Осмотрен повторно (№ осмотра _____)

2. Ф.И.О. _____

3.1 Возраст _____ 3.2 Пол муж / жен

4. Адрес проживания _____ телефон _____

5. Инвалидность _____

6. Основной медицинский диагноз _____

7. Краткая история жизни _____

8. Социальный статус:

8.1 Место проживания _____

8.2 Условия проживания _____

8.3 Состав семьи _____

8.4 Материальные условия _____

8.5 Социальное окружение _____

9. Трудовая деятельность

9.1 Образование _____

9.2 Профессия _____

9.3 Трудовой статус в настоящее время: работает, не работает, инвалид, на пенсии
(нужное подчеркнуть)

11. Любимые занятия (хобби) _____

12. Осмотр

12.1 Двигательные функции _____

12.2 Когнитивные функции (память, внимание, восприятие, действие, воображение)

13. Имеющиеся ресурсы

13.1. _____ со _____ стороны
пользователя: _____

13.2. со стороны социального окружения: _____

14. Проблемы пользователя, выявленные в результате оценки по COPM или по другим
шкалам и тестам (не более пяти):

15. Эрготерапевтические цели:

15.1 Долгосрочные: _____

15.2 Краткосрочные: _____

16. Планируемые мероприятия:

- составление программы вмешательства (указать срок составления) _____

проведение анализа активностей (при необходимости) _____

- другие _____

Эрготерапевт/помощник эрготерапевта: _____ / _____ /

РАЗДЕЛ II
ОЦЕНКА ВЫПОЛНЕНИЯ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕМ
РАЗЛИЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
(на основе канадской оценки выполнения деятельности)

Кто отвечает на вопросы (если не сам пользователь):		
Дата оценки:	Планируемая дата повторной оценки:	Фактическая дата повторной оценки:
Место проведения оценки		

Выявленные в ходе интервью проблемы в активностях (деятельности)

№ п/п	Проблемы	Важность проблемы для пользователя в баллах
САМООБСЛУЖИВАНИЕ		
ПРОДУКТИВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ (трудовая деятельность, работа по дому, забота о семье и др.)		

ОТДЫХ, ДОСУГ, ИГРЫ		

Подсчет баллов при первичной и повторной оценке

Наиболее важные проблемы в активности	Первичная оценка		Повторная оценка	
	Выполнение	Удовлетворенность	Выполнение	Удовлетворенность
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
ВСЕГО	К-во проблем C Сумма выполнения A	Сумма удовлетворенности B1	Сумма выполнения A2	Сумма удовлетворенности B2
Подсчет баллов				
Общий балл	A1/C	B1/C	A2/C	B2/C
Изменения в выполнении	A2/C – A1/C			
Изменения в удовлетворенности	B2/C – B1/C			

Фамилия и подпись специалиста, проводившего оценку _____

РАЗДЕЛ III
Программа эрготерапевтической помощи

№ п/п	Описание планируемой деятельности эрготерапевта	Время, необходимое для одного занятия	Частота проведения занятий	Общее количество занятий	Примечания

Дополнения по программе:

РАЗДЕЛ IV
Дневник работы эрготерапевта с пользователем

№ занятия	Дата	Время проведения (с... до...)	Краткое описание работы эрготерапевта с пользователем	Подпись эрготерапевта

РАЗДЕЛ V
**Оценка эффективности программы эрготерапевтической помощи
и рекомендации пользователю**

Дата проведения оценки « ____ » _____ 201__ года

Результаты повторной оценки по СОРМ

1.1. Изменения в выполнении _____ баллов

1.2. Изменения в удовлетворенности _____ баллов

1.3. Выводы: а) улучшение, б) без улучшения, в) ухудшение
(нужное подчеркнуть)

Если отмечено б) или в) – объяснить причину:

Результаты повторной оценки по другим тестам/шкалам (форма Э2) – если оценка проводилась _____

Выполнение программы эрготерапевтической помощи

Достигнутые результаты (краткое описание)

Оставшиеся проблемы (краткое описание с указанием причин)

Выводы эрготерапевта о необходимости продолжения работы с пользователем (нужное подчеркнуть):

а) достигнуты все поставленные цели – продолжение работы не требуется

б) поставленные цели не достигнуты (достигнуты частично) – требуется продолжение работы:

- необходимо *изменение* программы эрготерапевтической помощи

- необходимо *продолжение реализации* программы эрготерапевтической помощи по ранее намеченному плану

в) дальнейшее продолжение работы с пользователем нецелесообразно (невозможно)

Если отмечено б) или в) – объяснить причину, по которой нужно продолжать/прекращать программу

План дальнейших мероприятий (если работа с пользователем продолжается)

Рекомендации пользователю (если работа с ним закончена)

Эрготерапевт/помощник эрготерапевта _____

Руководитель (заместитель руководителя) учреждения _____

Код	Э2
-----	----

Название учреждения _____

**Оценка деятельности (выполнения активностей) пользователя
с помощью тестов/шкал**

Ф.И.О. пользователя	
Возраст	Пол
В оценке кроме пользователя принимают участие: Родители, ухаживающие, персонал учреждения (нужное подчеркнуть)	
Дата оценки	

Специалист:
Место, где проводится оценка:

1. Название и краткое описание используемого теста (шкалы)

2. Выявленные в ходе оценки проблемы в активностях (деятельности)

№	Описание проблемы	Примечания

Фамилия и подпись специалиста, проводившего оценку _____

Код	ЭЗ
-----	----

Название учреждения _____

**Журнал адаптации физического окружения пользователя
и применения вспомогательных средств реабилитации**

Ф.И.О. пользователя	
Возраст	Пол
Место проведения оценки физического окружения (нужное подчеркнуть): собственный дом или часть дома, квартира в многоквартирном доме, другое (указать) _____	
Этаж, на котором находится оцениваемое помещение _____ (если несколько этажей – указать) _____	
Дата проведения первичной оценки физического окружения	

А. Таблица оценки физического окружения

Оцениваемые объекты	Баллы ¹	Комментарии по адаптации
1. Окружение вокруг дома		
Узкие дорожки		
Неровные поверхности		
Нестабильные поверхности (гравий, песок и др.)		
Наклонные поверхности		
Высокие поребрики (выше 40 мм)		
Плохой дренаж		
Плохое освещение		
Места для парковки		
Узкие парковочные места (менее 3,6м)		
Удаленность парковки от входа в дом		
Удаленность остановок общественного транспорта (более 100 м)		
2. Вход в дом (подъезд)		

¹ 1- нормально, доступно; 2- плохая доступность; 3- недоступно (требуется помощь других лиц)

Узкий дверной проем (менее 0,85м)		
Высокий порог (выше 25 мм)		
Недостаточное место для маневров у двери (не менее 1,5 х 1,5 м, внутри и снаружи)		
Вращающиеся двери		
Тяжелые двери		
Двери не фиксируются в открытом положении		
Лестницы		
Лестница единственный путь		
Лестница слишком узкая		
Слишком высокие или слишком низкие ступеньки		
Нет перил с обеих сторон		
Пандус		
Слишком крутой склон (более 1:12)		
Риск скольжения		
Нет перил		
Лифт (если имеется)		
Перепад уровней на входе в лифт		
Широкий проем между лифтом и полом этажа		
Тяжелые двери, которые не открываются автоматически		
Двери закрываются слишком быстро		
Лифт останавливается слишком резко		
Нет поручней в лифте		
Контрольная панель расположена слишком высоко		
Нет звукового сигнала при прибытии лифта		
Нет визуального сигнала при прибытии лифта		
3. Окружение в доме (квартире)		
Балкон (если имеется)		
Нет места для отдыха на балконе		
Слишком узкий балкон (менее 1,5м)		
Узкая дверь (менее 0,85 м)		
Высокий порог (более 25 мм)		
Лестницы, пороги, перепады уровней между комнатами (более 25 мм)		
Узкие коридоры		
Узкие двери (менее 0,8 м)		
Скользкие поверхности		

Незакрепленные коврики		
Незакрепленные провода на полу		
Недостаточное маневренное пространство в местах поворотов (менее 1,3 x 1,3 м)		
Кухня		
Недостаточное маневренное пространство		
Высокое расположение полок и шкафов		
Нет рабочей поверхности, пригодной для работы сидя		
Слишком низкие рабочие поверхности (0,84 м и ниже)		
Нет пространства для ног под рабочей поверхностью (не менее 0,6м в глубину)		
Рабочие поверхности со слишком большой глубиной (более 0,6 м)		
Полки слишком глубокие (более 0,3м)		
Ручки в виде колец		
Использование выключателей требует участия мелкой моторики		
Слишком маленькие выключатели		
Слишком большие выключатели		
Поворот выключателя требует участия запястья		
Использование выключателей требует участия двух рук		
Использование выключателей требует участия рук		
Использование выключателей требует участия пальцев		
Более половины бытовых приборов находится слишком высоко (выше 1,2 м от пола)		
Более половины бытовых приборов находится слишком низко (ниже 0,7 м от пола)		
Другое		
Жилая комната (спальня)		
Низкая кровать (кресло, стул)		
Передвижной туалет		
Доступность розеток		
Доступность бытовых приборов		
Другое		

Ванная комната		
Невозможно принимать ванну/душ сидя		
Нет поручней в ванной и туалете		
Поручни труднодостижимы		
Поручни расположены слишком высоко		
Поручни расположены слишком низко		
Поручни расположены неадекватно		
Расположение поручней препятствует движению		
Использование выключателей требует участия мелкой моторики		
Слишком маленькие выключатели		
Слишком большие выключатели		
Поворот выключателя требует участия запястья		
Использование выключателей требует участия двух рук		
Использование выключателей требует участия рук		
Другое		
Туалет		
Использование выключателей требует участия пальцев		
Более половины бытовых приборов находится слишком высоко (выше 1,2 м от пола)		
Более половины бытовых приборов находится слишком низко (ниже 0,7 м от пола)		
Раковина расположена на высоте более 0,81 м)		
Унитаз с высотой 0,41 м или ниже		
Унитаз с высотой 0,42 м или выше		
Трубы или шланги под раковиной		
Нет пространства для ног под раковиной		
Зеркало доступно только в положении стоя		
Туалетная бумага недоступна (более 0,4 м от унитаза)		
Ванная оборудована только ванной, а не душем		
Скользкие поверхности		

Другое		
4. Коммуникация, связь ²		
Нет телефона		
Нелогичные обозначения		
Абстрактное значение обозначений		
Маленькие буквы, цифры, символы		
Нет тактильных подсказок		
5. Дополнительно		

Б. Потребность во вспомогательном оборудовании (средствах реабилитации)

№ п/п	Рекомендуемое оборудование	Цели использования	Комментарии (возможность приобретения, изготовления и пр.)

В. Примечания и дополнения

Фамилия и подпись специалиста, проводившего оценку _____

² Заполняется при необходимости