

Смоленское областное государственное бюджетное учреждение

«Кардымовский дом-интернат для престарелых и инвалидов»

**ПРИКАЗ**

от 01 октября 2024 г.

№ 58

**Об утверждении Положения  
о мультидисциплинарной команде  
СОГБУ «Кардымовский ДИПИ»**

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить Положение о мультидисциплинарной команде СОГБУ «Кардымовский ДИПИ»
2. Утвердить состав мультидисциплинарной команды СОГБУ «Кардымовский ДИПИ»:

**Руководитель команды:** Алексанян К.С. – заместитель директора

**Члены команды:** Белошенкова Е.И. – заведующий отделением,  
врач-терапевт

Потоцкая И.В. – старшая медицинская сестра

Коробова В.Н. – инструктор по лечебной физкультуре

Гусева Ю.А. – психолог

Шевелева Н.С. – культорганизатор

Короткова Е.М. – библиотекарь

3. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Директор

**И.Г. Михайлов**

Министерство социального развития Смоленской области  
Смоленское областное государственное бюджетное учреждение  
«Кадымовский дом - интернат для престарелых и инвалидов»

УТВЕРЖДАЮ:

Директор СОГБУ «Кардымовский  
ДИПИ»



Михайлов И.Г.

**ПОЛОЖЕНИЕ**  
**о мультидисциплинарной команде**

Смоленского областного государственного бюджетного учреждения  
«Кардымовский дом - интернат для престарелых и инвалидов»

Кардымово 2024г.

## 1. Общие положения

1.1 Настоящее Положение о мультидисциплинарной команде (далее - Положение) устанавливает порядок формирования и деятельности мультидисциплинарной команды (далее - МДК, Команда) в смоленском областном государственном бюджетном учреждении «Кардымовский дом - интернат для престарелых и инвалидов» (далее - Учреждение).

1.2 Мультидисциплинарная команда создается для обеспечения последовательности, комплексности и непрерывности в осуществлении уходовых, реабилитационных и абилитационных мероприятий, динамического наблюдения и контроля за эффективностью проведенных мероприятий для получателей социальных услуг в учреждении. Команда - это постоянно действующий орган, созданный для коллегиального рассмотрения вопросов, связанных с оказанием услуг в Учреждении.

1.3 Мультидисциплинарное ведение получателя социальных услуг (далее - Случай) важный компонент профессионального социального обслуживания. Этот метод социальной работы, при котором получатель социальных услуг помещается в центр внимания представителей всех специальностей, которые потенциально могут помочь в решении возникшей проблемной ситуации. Мультидисциплинарное ведение Случая - это комплекс мероприятий, проводимых в тесном взаимодействии единой командой специалистов различных дисциплин для достижения общих целей по улучшению качества жизни получателя социальных услуг, защиты его интересов и прав.

1.4 Основная цель мультидисциплинарного ведения Случая оптимизация жизнедеятельности получателя социальных услуг путём предоставления ему помощи наиболее эффективным и адекватным способом.

1.5 К целевой группе, обслуживаемой мультидисциплинарной командой, относятся граждане, признанные нуждающимися в социальном обслуживании, из числа тяжелобольных граждан, граждан пожилого возраста и инвалидов, полностью или частично утративших способность к самообслуживанию.

1.6 Положение о мультидисциплинарной команде утверждается приказом директора.

1.7 Организационная структура мультидисциплинарной команды учреждения включает в себя руководителя (модератор) и членов мультидисциплинарной команды.

1.8 Деятельность мультидисциплинарной команды осуществляется в соответствии с действующим Федеральным законом Российской Федерации от 28.12.2013г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации», стандартами по вопросам социального обслуживания, Уставом учреждения, настоящим Положением.

1.9 Понятия и определения, используемые в настоящем Положении:

*Индивидуальный план ухода (ИПУ)* - детальный план предоставления долговременного ухода, осуществляемый всеми участниками СДУ, вовлеченными в работу с получателем долговременного ухода, и содержащий: цели работы каждого участника СДУ с получателем долговременного ухода, перечень мероприятий, кратность, объем и

особенности их проведения.

*Индивидуальная программа предоставления социальных услуг (ИППСУ)*  
- юридический документ, где отражены права получателя социальных услуг на предоставление определенного перечня услуг.

## **2. Цели и задачи мультидисциплинарной команды**

2.1 Деятельность мультидисциплинарной команды нацелена на оказание профессиональной помощи, направленной на повышение качества жизни получателя социальных услуг, восстановления здоровья, исходя из его потребностей.

2.2 Основными задачами мультидисциплинарной команды являются:

- комплексная оценка получателя социальных услуг.
- выбор основных направлений Индивидуального плана ухода за получателями социальных услуг.
- определение услуг (мероприятий) Индивидуального плана ухода за получателями социальных услуг.
- определение условий получения услуг ИПУ (перечень специалистов, которые оказывают услуги, форма оказания услуг, сроки, периодичность).
- информирование, консультирование родственников и обслуживающего персонала по вопросам профессионального ухода, реабилитации и абилитации граждан пожилого возраста и инвалидов.
- наблюдение за состоянием и обеспечение ухода за получателем с использованием вспомогательных технических средств реабилитации;
- осуществление реабилитационных, уходовых мероприятий и (или) оказание содействия в их осуществлении;
- динамический контроль за процессом социального обслуживания получателей социальных услуг, контроль безопасности и эффективности реабилитационного процесса;
- реализация дифференцированного подхода к предоставлению социальных услуг гражданам с учетом критериев (типизации) их индивидуальной нуждаемости в уходе;
- повышение качества и эффективности социального обслуживания, внедрение новых форм и механизмов работы;
- предоставление гражданам, нуждающимся в уходе, комплексного социального обслуживания;
- создание и поддержание благоприятных и комфортных условий жизнедеятельности получателей социальных услуг используя все компоненты среды (физических условий, медицинского, психологического и социального), взаимодействующих между собой и имеющих реабилитационное и терапевтическое воздействие на человека, независимо от его возраста и гериатрического статуса.
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке.



### 3. Основные принципы работы команды

3.1 Основными принципами работы мультидисциплинарной команды является:

3.1.1 *Профессионализм и высокая квалификация членов мультидисциплинарной команды.* Помимо соответствующего образования, подтверждённого дипломами и сертификатами, члены мультидисциплинарной команды должны обладать опытом и навыками, которые необходимы для оказания квалифицированной помощи получателям социальных услуг из целевой группы, должны разбираться в специфике целевой группы. Постоянное повышение собственной квалификации - необходимое требование ко всем членам междисциплинарной команды, вне зависимости от уже имеющегося у них опыта работы.

3.1.2 *Комплексное оказание помощи с учетом всех факторов состояния здоровья получателей социальных услуг.* Услуги предоставляются мультидисциплинарной командой специалистов из разных областей знаний в сфере социального обслуживания.

3.1.3 *Индивидуальный подход в оказании услуг.* Услуги предоставляются в соответствии с индивидуальными потребностями получателя социальных услуг.

3.1.4 *Последовательность и преемственность в соблюдении этапов оказания социального обслуживания.* Вне зависимости от продолжительности работы с получателем социальных услуг все шаги в процессе оказания помощи должны быть логичными и последовательными: каждый следующий шаг должен вытекать из предвидящего и служить основой следующего.

3.1.5 *Понимания специалистами команды как общих целей, задач и назначения команды, так и своих индивидуальных функций.*

3.1.6 *Индивидуальная ответственность специалистов команды за результаты работы.* Мультидисциплинарный подход к ведению получателя социальных услуг подразумевает разделение обязанностей между представителями разных специальностей для оказания гражданину различных видов помощи.

3.1.7 *Эффективный обмен информацией по ведению получателя социальных услуг (Случая).* Чтобы обеспечить согласованность работы членов мультидисциплинарной команды, все специалисты должны обладать единой информацией о получателе и периодически получать информацию о динамике реализации поставленных целей индивидуального плана ухода (далее - ИПУ) получателя социальных услуг. Для эффективного обмена информацией необходимо вести подробную документацию, а также устраивать совещания (мультидисциплинарный консилиум) по разбору индивидуального плана ухода получателя социальных услуг. На совещаниях (консилиумах) члены мультидисциплинарной команды обсуждают цели, задачи и мероприятия по реализации индивидуального плана ухода, утверждают корректировку плана ухода, обсуждают динамику и принимают соответствующие решения. По каждому получателю ведутся соответствующие документы. Контроль над качеством ведением документации, а также обобщение и предоставление информации на консилиуме возлагается на ответственного специалиста (модератора).

3.1.8 *Конфиденциальность информации о получателе социальных услуг.* Любая информация о получателе и его семье, которая становится известна специалистам в ходе работы, является конфиденциальной.

3.1.9 *Системная оценка качества и эффективности мультидисциплинарной помощи.* Все члены мультидисциплинарной команды должны принимать участие в оценке качества и эффективности оказываемой помощи на двух уровнях: на уровне работы с конкретным гражданином и на уровне организации в целом. Оценка качества и эффективности помощи на уровне работы с конкретным получателем проводится на основе документации по ведению получателя социальных услуг и при обсуждении на консилиумах достижения поставленных в работе с получателем целей и задач. Интегрированная информация по всем получателям социальных услуг, которые ведёт учреждение, служит для оценки эффективности её работы в целом. На обоих уровнях оценки важно учитывать мнение получателя о качестве оказываемой помощи, о соответствии помощи потребностям получателей. Результаты оценки обязательно должны использоваться для структурных и функциональных изменений с целью повышения качества и эффективности работы.

3.1.10 *Оптимизация распределения нагрузки между членами мультидисциплинарной команды.* Количество сотрудников, занятых ведением получателя социальных услуг, должно соответствовать объёму и сложности поставленных перед командой целей и задач, а также индивидуальными особенностями получателя. Нагрузка должна позволять специалисту уделять достаточное время индивидуальному консультированию получателя, уходовые мероприятия, ведению документации, а также оценке эффективности проводимой работы.

Специалисты совместно с руководителями должны следить за адекватностью рабочей нагрузки и совместно решать проблемы, возникающие в случае её превышения.

#### **4. Организация работы мультидисциплинарной команды**

4.1 Мультидисциплинарная команда создаётся при отделениях учреждения: отделение милосердия, отделение активного долголетия.

4.2 Руководителем (модератором) мультидисциплинарной команды является заместитель руководителя учреждения.

4.3 При поступлении гражданина в учреждение на социальное обслуживание мультидисциплинарная команда проводит типизацию, для оперативного определения состояния получателя социальных услуг и соответствующие методы ухода.

Типизация - это процесс определения дефицитов самообслуживания гражданина, с последующим отнесением его к определенной группе ухода в зависимости от количества набранных в результате проведения оценки баллов.

Карта типизации (Приложение № 1) состоит:

- автобиографические данные получателя социальных услуг (Ф.И.О., дата рождения, инвалидность, сведения о членах семьи с анализом возможности организации семейного ухода, жилищно-бытовые условия, имеющиеся

ограничения жизнедеятельности, вспомогательные средства, используемые для передвижения);

- оценка двигательной активности, в том числе с использованием ТСР;
- оценка коммуникативной активности;
- оценка возможности самообслуживания;
- оценка социальной мобильности.

4.4 По результатам проведенной типизации определяется группа ухода.

4.5 На каждого получателя социальных услуг (1,2,3,4,5 групп ухода) составляется индивидуальный план ухода (ИПУ) по форме (Приложение № 2).

4.6 При реализации ИПУ каждым членом команды осуществляется ведение учётно-отчётной документации по уходу.

4.6 Для контроля динамики, хода и итогов реализации планов социально-реабилитационных мероприятий проводится ежеквартальный мониторинг работы мультидисциплинарной команды.

4.7 Организационной формой работы мультидисциплинарной команды на любом этапе работы является рабочие совещания (консилиум) мультидисциплинарной команды. По решению руководителя (модератора) команды получатель социальных услуг может становиться участниками совещания команды. Рабочие совещания участников команды проводятся по графику, который определяет руководитель мультидисциплинарной команды, но не реже одного раза в три месяца. Содержанием рабочих совещаний являются обсуждения актуальных вопросов по динамике состояния получателей социальных услуг и процесса реализации Индивидуальных планов ухода, а также планов дальнейшего ведения случая.

4.8 Этапы работы мультидисциплинарной команды включают в себя:

4.8.1 *Установление контакта с получателем социальных услуг.*

*Первичная оценка документации, состояния и потребностей получателя.* В течении двух недель со дня поступления получателя социальных услуг в дом

- интернат организуется проведение комплексной оценки клиента (типизация, дополнительная углублённая оценка - при необходимости).

4.8.2 *Разработка и утверждение индивидуального плана ухода получателя социальных услуг.* По итогу проведённой комплексной оценки - типизации, анализа имеющихся данных, наблюдений персонала по уходу, с участием всех специалистов команды разрабатывается Индивидуальный план ухода за получателем социальных услуг. ИПУ является логичным продолжением индивидуальной программы предоставления услуг (далее- ИПСУ): он определяет цели ухода, виды услуг, кратность их выполнения, объем. Для постановки целей в ИПУ учитываются не только дефициты самообслуживания, выявленные в процессе типизации получателя, но и его индивидуальные ресурсы и возможные проблемы. В мероприятия по выполнению ИПУ должны войти услуги из ИПСУ и виды работ, индивидуально подобранные и направленные на достижение элементарных потребностей для нормальной жизнедеятельности получателя. Период, на который будет составляться ИПУ, рекомендуется определять в зависимости от возможностей достижения целей ухода. Минимальный срок, на который составляется ИПУ - 3 месяца. Период действия ИПУ не может превышать



сроки, на которые составлена ИППСУ. ИПУ является рабочим документом, подписи получателя не требуется. ИПУ хранится в месте, доступном всем членам МДК.

4.8.3 *Знакомство с ИПУ специалистов учреждения, осуществляющих уход, а также получателя социальных услуг.* Очень важно, чтобы получатель социальных услуг осознавал, что все специалисты по уходу действуют в рамках этого плана. Это поможет оградить получателя и ухаживающий персонал от возникновения нежелательных ситуаций.

4.8.4 *Реализация индивидуального плана ухода.* При реализации индивидуального плана ухода специалисты команды действуют в пределах своей компетенции, при этом, каждый специалист имеет право на отдельные встречи с получателем социальных услуг. Для оптимальной организации непрерывного процесса ухода необходимо ведение документации по уходу в учреждении на каждого получателя услуг. Собранная в одном месте информация позволит обеспечить своевременное и качественное наблюдение за состоянием получателей социальных услуг всеми членами мультидисциплинарной команды, давать оценку изменений состояния получателя услуг.

4.8.5 *Промежуточная оценка эффективности ухода, динамики состояния каждого получателя социальных услуг. Коррекция ИПУ.* Оценка проводится с использованием тех же методик, что и при составлении ИПУ, а также включает в себя оценку удовлетворительности получателя социальных услуг. Коррекция ИПУ проводится с учётом полученных данных, цели достигнуты - ставят новые, нет - вносят коррективы. Результаты исполнения ИПУ с внесением необходимых коррективов контролируются ежеквартально (1 раз в 3 месяца) на заседаниях МДК.

4.8.6 *Систематический контроль выполнения ИПУ.* Использование ИПУ позволяет руководителю - модератору МДК управлять персоналом учреждения социального обслуживания в зависимости от компетенций сотрудников, выполнять стандарт оказания услуг, вести контроль за выполнением всех манипуляций, процедур ухода, позволяет обеспечить всегда быстро получить информацию о состоянии получателя из одного источника.

## **5. Состав мультидисциплинарной команды:**

5.1 Состав и штатная численность МДК формируется персонифицировано в соответствии с индивидуальным планом ухода получателя социальных услуг и зависит от состояния здоровья гражданина, степени утраты им способности к самообслуживанию, уровня его социального функционирования и наличия иных проблем.

5.2 На постоянной основе в состав мультидисциплинарной команды входят: заведующий отделением - модератор, врач-терапевт\фельдшер, специалист по социальной работе, психолог и библиотекарь.

5.3 При необходимости в состав МДК могут входить специалисты по профилю оказываемого ухода: инструктор методист по лечебной физкультуре, медицинская сестра по массажу, инструктор по трудовой терапии, культорганизатор, библиотекарь и т.д.



5.4 Мультидисциплинарная команда специалистов традиционно имеет в своем составе модератора - заведующий отделением, который руководит ее деятельностью и отвечает за выполнение следующих задач:

- планирование деятельности команды;
- введение сотрудников в курс дела;
- распределение обязанностей в рамках ИПУ получателя социальных услуг;
- контроль ведение основной документации по социальному сопровождению получателя социальных услуг;
- анализ проделанной работы;
- предоставление отчетов о деятельности команды;
- обеспечение профессионального роста членов команды с целью повышения качества деятельности группы;
- обеспечение оптимального режима работы команды.

5.6 Участники Мультидисциплинарной команды выполняют следующие задачи:

- определяют собственные цели и задачи ИПУ.
- обеспечивают реализацию ИПУ.
- обеспечивают выполнение закрепленных за ними функций.
- участвуют в анализе проделанной работы;
- участвуют в оформлении итоговых продуктов работы МДК и его представлении коллективу.
- осуществляют ведение учётно-отчётной документации.

## **6. Алгоритм деятельности мультидисциплинарной команды**

6.1 Проведение оценочных процедур для составления ИПУ. Проходит в течении двух недель со дня поступления получателя социальных услуг в дом - интернат;

6.2 Индивидуальный анализ проблем каждого получателя социальных услуг;

6.3 Постановка конкретных краткосрочных и долгосрочных целей;

6.4 Разработка ИПУ с запланированными мероприятиями. ИПУ должна быть разработана в течении 21 рабочего дня от даты заключения договора с получателем социальных услуг. Минимальный срок, на который составляется ИПУ - 3 месяца;

6.5 Реализация ИПУ;

6.6 Промежуточная оценка эффективности мероприятий в динамике, корректировка ИПУ. Оценка результативности реализации ИПУ должна проводиться не реже 1 раза в 3 месяца.

## **7. Заключительные положения**

7.1 Настоящее положение действительно до принятия нового положения.

7.2 Изменения и дополнения, вносимые в настоящее положение, утверждаются директором СОГБУ «Кардымовский дом - интернат для престарелых и инвалидов» и вступают в силу после их утверждения.