

ДЕПАРТАМЕНТ ТРУДА
И СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ НАСЕЛЕНИЯ
ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ

**ОРГАНИЗАЦИЯ
РЕАБИЛИТАЦИОННОГО
ПРОСТРАНСТВА
В УЧРЕЖДЕНИИ**

ПЛАНИРОВАНИЕ
ПЕРСПЕКТИВНОГО РАЗВИТИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
НАСЕЛЕНИЯ

ЯРОСЛАВЛЬ 2015

Организация реабилитационного пространства в учреждении. Планирование перспективного развития деятельности учреждений социального обслуживания населения / Л.М. Иванов, Л. М. Андреева. – Ярославль, 2015. – 10 с.

Авторы:

Л. М. Андреева, директор департамента труда и социальной поддержки населения Ярославской области, кандидат педагогических наук

Л. М. Иванов, психолог ГБУ СО ЯО Норский геронтопсихиатрический центр, заместитель председателя экспертного методического совета при департаменте труда и социальной поддержки населения Ярославской области, кандидат психологических наук

Важнейшим условием для успешного развития учреждения социального обслуживания населения является наличие чётко определённых и конкретизированных ориентиров его деятельности в ближайшей и среднесрочной перспективе.

Разработка целевых показателей особенно актуальна при предоставлении населению стационарной социальной помощи, в рамках которой ресурсные возможности и материально-техническая база учреждений должны обеспечивать решение дорогостоящих задач в течение длительного периода времени. При этом учреждения расходуют большие объёмы материальных и иных ресурсов. В этих условиях ошибки планирования перспективного развития могут иметь особо высокую цену.

Учреждения, предоставляющие стационарное социальное обслуживание, обычно осуществляют помощь на базе разветвленной инфраструктуры, работа которой нацелена на:

- максимально возможное удовлетворение потребностей клиентов;
- создание комфортабельных и безопасных условий проживания граждан;
- обеспечение комплексного характера предоставляемой клиенту социальной помощи и услуг.

Высокая результативность деятельности учреждений достигается за счёт того, что кадровые и материально-технические ресурсы они организуют в виде своеобразного межотраслевого комплекса. В его рамках происходит дифференциация, *разделение реабилитационного пространства* учреждения на *зоны* и отдельные *подразделения*, которые организационно оформлены как относительно *независимые* и *функционально самостоятельные* части общей системы реабилитационной работы учреждения (см. табл.).

Деятельность каждого подразделения осуществляется в пределах того или иного *объекта*, укомплектованного соответствующими *специалистами* согласно штатного расписания. В качестве объекта могут выступать функционально обособленные, оборудованные соответствующими техническими средствами *единицы инфраструктуры* учреждения (например, прачечная или аптека), либо выделенная по определенным основаниям *часть* информационных, методических и материально-технических *ресурсов* (танцевальная студия, хоровой кружок). В последнем случае объект может не иметь жесткой привязки к инфраструктуре и по своему виду напоминает проектную деятельность.

Сотрудники подразделений обучены необходимым *технологиям* социальной работы, владеют практическими *навыками организации и проведения* соответствующих *процессов* (организационно-бытовых, оздоровительных, санитарно-гигиенических, профилактических, обучающих, коррекционных, развивающих, лечебных, восстановительных и других технологических разновидностей воздействия) с привлечением и участием в них клиентов. Подразделения обеспечивают практически весь спектр возможного жизнеустройства клиентов в учреждении.

Указанные особенности позволяют рассматривать *подразделения* как *площадки реабилитационного пространства* учреждения, где проживающие непосредственно и активно включаются в деятельность (процедуры, занятия, мероприятия и т.п.), организованную с помощью соответствующих технологий социального обслуживания. В процессе этого взаимодействия (клиентов и технологий) формируются соответствующие реабилитационные влияния, которые обуславливают коррекцию психофизических показателей (соматическое здоровье и эмоциональное состояние, сохранность и развитие навыков и умений, активизация творческих способностей, памяти, интеллектуальной деятельности и т.д.) и приводят к возникновению изменений реабилитационного потенциала проживающего.

Таким образом, подразделения играют особую роль в организации процессов терапевтического воздействия в средовом пространстве учреждения. В этой связи, при создании планов перспективного развития в обязательном порядке рассматриваются мероприятия по *укреплению* материальной базы, методологической оснащённости и кадрового обеспечения *подразделений*. Эти направления развития учреждения осуществляются за счет проведения *усовершенствований и обновлений* в рамках *реабилитационно-технологических возможностей зон средового воздействия*.

С учетом всего изложенного, планирование перспектив развития учреждения начинается с организации качественного зонирования его пространства и выделения соответствующих подразделений. Решение данных задач на начальном этапе может вызвать некоторые затруднения. Чаще всего они обусловлены желанием создать «*укрупненные*» подразделения, в которых пытаются объединить, казалось бы, частные направления работы в их более общий вид.

Например, в качестве подразделения определяют некий «творческий центр», в рамках которого соединяют гимнастическую студию, хор и драматический кружок. Очевидно, что на базе каждой составляющей такого центра могут быть реализованы совершенно независимые друг от друга (по содержанию деятельности, составу исполнителей и руководителей, материальной обеспеченности) социальные проекты. Поскольку *проектные воздействия* имеют *адресный характер*, то производимое ими влияние будет существенно отличаться по своей значимости, интенсивности, результативности в зависимости от степени соответствия возможностей проекта индивидуальным особенностям его участников из числа проживающих в учреждении граждан.

Всё выше сказанное позволяет утверждать, что в нашем примере смешение в одной рубрике различных творческих занятий совершенно не оправдано. Оно влечёт за собой *смешение различных средовых влияний* и невозможность определения для них целевой группы клиентов. В результате происходит *утрата клиенториентированности проектов* и регулирования запутанной картины реабилитационно-средовых воздействий.

В таблице «укрупненные» подразделения отмечены знаком «*», который требует их конкретизации в отношении содержания объединённых здесь работ и занятий, их адресности (для каких групп клиентов они предназначены), от-

ветственных лиц, ресурсной базы и т.п. Если данные уточнения не произвести, то в дальнейшем оценка эффективности и полезности для клиентов происходящих в подразделении воздействий практически невозможна, т.к. будут отсутствовать основания для сопоставления и сравнения результатов процессов терапевтического влияния с выполнением рекомендаций индивидуальной программы реабилитации (ИПР).

Таким образом, можно заключить, что при необоснованном «укрупнении» подразделений происходит *снижение возможностей регулирования* среднего влияния и его терапевтического характера. Аналогичным образом ведет себя и *уровень клиенториентированности* (клиентцентрированности) реабилитационной деятельности – чем «крупнее» подразделение, тем ниже клиенториентированность в его работе.

Для дальнейшего проектирования перспектив развития проводится детальный анализ функционирования действующих в учреждении подразделений с привязкой каждого из них к соответствующему объекту и штату сотрудников. При этом особое внимание уделяется следующим вопросам:

- степень загруженности и уровень реализации возможностей среднего влияния отдельных объектов, подразделений учреждения;
- востребованность работы тех или иных объектов и подразделений учреждения;
- затраты на содержание и обеспечение функционирования различных объектов в учреждении.

Полученные сведения могут быть использованы для построения различных рейтингов реабилитационных зон, подразделений и объектов инфраструктуры учреждения. Данная информация позволит также выявить «узкие» места среднего пространства, необходимость в создании новых и реконструкции действующих объектов, диспропорции в распределении структурной (пообъектной) нагрузки, а также неиспользуемые возможности, недоукомплектованность подразделений и т.п. Всё это может служить основой для внесения соответствующих корректив в деятельность учреждения и проектирования перспектив развития в нём реабилитационных процессов

Указанная выше процедура выявления особенностей социального обслуживания клиентов на основе анализа реабилитационного пространства может применяться в отношении любого учреждения системы социальной защиты, оказывающего поддержку и помощь пожилым людям или инвалидам в стационарных (полустационарных) условиях.

Проектируя перспективы развития учреждения, необходимо обеспечить *достаточность и разнообразие объектов*, а также *организационных структур*, созданных для удовлетворения реальных потребностей жизнеустройства проживающих граждан. При этом следует учитывать, что состояние и эксплуатационные свойства объектов (в т.ч. вновь создаваемых) должны определенным образом соответствовать возможностям инвалидов и установленным в данной сфере нормативам, требованиям, стандартам.

Процесс «пообъектного» рассмотрения зон средового воздействия является эффективным инструментом для перспективного планирования, т.к. позволяет собрать достаточный объём информации для формирования мероприятий по необходимым изменениям. В этой связи разработку плана на данном этапе можно условно обозначить как *структурно-пространственный* подход к определению перспектив развития, поскольку в основе анализа лежат процессы структурирования реабилитационного пространства учреждения.

Однако ни коррекция и выравнивание зон средового воздействия, ни оптимизация объектов и подразделений не являются сами по себе целью развития. Все эти процессы являются лишь формой для перспективных изменений, в центре которых находятся клиенты учреждения. Именно им адресованы перспективы развития учреждения, для них наиболее важно повышение комфортности условий проживания и жизнеустройства, а также результативность и эффективность организации реабилитационных процессов.

При этом клиенты не являются «пассивным получателем» тех благ, которые образуются от реализации в учреждении намеченных планов. Потенциал проживающих, их социальные связи, особенности поведения, индивидуальные способности, уровень самореализации, включённость в процессы общегития и т.п. являются *активной частью средового пространства* и обуславливают в определенной мере качество и своеобразие реабилитационного влияния.

Учитывая особую роль, которую могут играть клиенты в процессах средового воздействия, дальнейший поиск перспектив развития требует анализа реабилитационного пространства учреждения, с включением в его рамки не только подразделений, объектов, средовых зон, но и контингента проживающих, как важнейшей составляющей социально-средового влияния.

Решение указанной задачи можно обозначить как *клиенториентированный* (клиентцентрированный) подход к разработке плана перспективных мероприятий и определению их ресурсного обеспечения. При этом само название является условным, т.к. проблема клиенториентированности уже проявлялась достаточно чётко при анализе структурно-пространственных вопросов реабилитационного пространства учреждения.

Для практического определения влияния особенностей контингента проживающих на возможности перспективного развития необходимо использовать процедуру установления *«уровня социального функционирования»*. Данный уровень определяется в начальный период проживания клиента (первые 1 – 2 месяца) в учреждении. В дальнейшем он фиксируется и учитывается при доработке, внесении изменений в ИПР.

В соответствии с *уровнем социального функционирования* все проживающие в учреждении инвалиды могут быть отнесены с определённой степенью условности к одной из трёх групп:

- *низкий уровень* – предусматривает возможность обучения базовым бытовым навыкам, правилам личной гигиены, несложным навыкам самообслуживания; требуется постоянный контроль, специализиро-

ванный и профессиональный уход, посторонняя помощь; проводится работа по поддержанию психофизической активности, профилактике деградации навыков, социальных коммуникаций, частично сохранных личностных ресурсов;

- средний уровень – предполагает наличие сформированных навыков самообслуживания, личной гигиены, бытовых и некоторых трудовых навыков; требуется периодический контроль за соблюдением правил самообслуживания, общежития, выполнения распорядка дня, помощь в активизации установок, интересов, мотивов, увлечений; проводится привлечение к посильной трудовой, спортивной, творческой деятельности и участию в проводимых в центре мероприятиях;
- высокий уровень – предполагает наличие сформированных, активно используемых навыков и знаний в сфере организации быта, труда, общения, культурного досуга, физического развития; требуется психолого-педагогическая помощь в развитии соответствующих ориентаций в мотивационной и нравственной сферах, развитии представлений о социуме, ориентировке в сферах общественной жизни, создании условий для максимально возможной интеграции в общество.

В обобщенном виде уровень социального функционирования отражает содержание реабилитационного потенциала клиента. Поэтому *динамика показателей уровня социального функционирования* может в сочетании с иными показателями выступать как *оценка эффективности реализации ИПР*.

Данная особенность может послужить основой для разработки системы выявления результатов реабилитационной работы учреждения в целом, а также на уровне его отделений и подразделений. В качестве дифференцированных положительных оценок результатов реабилитации могут рассматриваться также следующие характеристики:

- снижение темпов разрушения здоровья, замедление угасания социальной активности;
- стабилизация, поддержание, сохранение уровня активности и здоровья;
- устранение и компенсация проблем, восстановление, усиление и развитие ресурсов организма, личности.

Выделенные группы социального функционирования различаются между собой в отношении перспектив реабилитации, стратегий и подходов к организации реабилитационных работ, а также объема затрат, производимых на организацию социального обслуживания.

Например, ресурсы, которые необходимы для реабилитации в процессе предоставления услуг инвалиду, будут различаться – по времени (большая или меньшая длительность предоставления), по объёму (больше или меньшее количество услуг, ресурсов), по стоимости. Поскольку к числу реабилитационных ресурсов относятся как материальные объекты и технические факторы, так и технологии, то необходимо включать в стоимость реабилитационной состав-

ляющей и те затраты, которые необходимо направить на организацию работы персонала, в т.ч. для его обучения применению результативных социальных технологий.

Когда реабилитационный потенциал клиента невелик возможны ситуации, в рамках которых, несмотря на все реабилитационные усилия, инвалиду постоянно, пожизненно будет требоваться посторонняя помощь и уход. Такие случаи, когда клиент будет нуждаться в оказании ему большого объёма услуг, являются наиболее характерными для инвалидов первой группы по уровню социального функционирования.

Для людей с ограниченными умственными возможностями характерен достаточно широкий диапазон проявлений дезорганизации поведения и различные степени их выраженности. В связи с этим существуют многообразные программы соответствующих реабилитационных мероприятий. Однако в большинстве случаев в данных программах предусматривается реализация в тех или иных соотношениях двух подходов:

- реабилитация, ориентированная на работу с внутренними ресурсами - мероприятия по сохранению, формированию и развитию необходимых навыков инвалида;
- реабилитация, направленная на расширение внешних ресурсов, адекватных особенностям дефекта и нарушениям жизнедеятельности инвалида.

Очевидно, что реабилитация по типу развития внутренних ресурсов будет превалировать во 2 и особенно в 3 группе социального функционирования, а мероприятия по усилению внешних ресурсов будут здесь присутствовать в минимально необходимом количестве. В тоже время соотношение реабилитационных подходов в 1 группе будет иметь скорее всего обратную картину.

Установление уровня социального функционирования в масштабах учреждения является первым шагом в анализе контингента проживающих. В дальнейшем выделенные категории клиентов необходимо увязать с пространственно-структурным разделением реабилитационной среды и получить дифференцированную картину распределения различных групп инвалидов по средовым зонам, объектам, организационным структурам и подразделениям учреждения.

Последующее углубление анализа состава клиентов учреждения в разрезе объектов и подразделений ведет к рассмотрению конкретных проживающих, особенностей их состояния и рекомендаций ИПР. В конечном итоге по каждому клиенту можно получить информацию о том, каким образом и в какой степени он включён в реабилитационное пространство учреждения. Кроме того, можно также установить насколько картина его реабилитационно-пространственных связей соответствует содержанию рекомендованного ему *«направленного образа жизни»*, который был ранее разработан с учётом характера инвалидирующего заболевания, результатов диагностики личностных особенностей и состояния здоровья.

Таким образом анализ контингента учреждения включает в себя очень широкий спектр работ – от определения различного масштаба групп клиентов по их уровню социального функционирования до вопросов формирования рекомендаций ИПР и направленного образа жизни для конкретных инвалидов, а также оценки реализации реабилитационных программ. Можно сказать, что на данном этапе разработки перспектив развития *реабилитационное пространство* учреждения *персонифицируется*, его терапевтическое влияние в отношении групп и конкретных людей становится *измеримым* по определенным показателям. Всё это в свою очередь позволяет приступить к практическому решению задачи *управления средовым воздействием* за счет целенаправленного внесения соответствующих изменений в технологическое оснащение, информационно-методическое обеспечение, развитие инфраструктурных возможностей учреждения и уровня профессионального мастерства его сотрудников.

Рассмотренные выше подходы к планированию развития учреждений социального обслуживания необходимо также дополнить современными базовыми требованиями к организации работы с инвалидами, которые безусловно являются одним из главных ориентиров для определения перспектив реабилитационной деятельности. Данные требования установлены международной Конвенцией о правах инвалидов, а также федеральным законодательством в сфере социального обслуживания граждан Российской Федерации. К ним в частности относятся:

- безбарьерная, доступная среда;
- индивидуальный клиентоориентированный подход, позволяющий изучать и активизировать личностный потенциал инвалида, повышать его позитивный психологический настрой и ресурсность, а также учитывать специфику нозологии, возраста, места проживания и социального окружения;
- включение ресурсной самостоятельности, которая обеспечивает организацию собственной жизнедеятельности (определение своих потребностей, обустройство собственного быта, наведение порядка и организация собственного пространства, соблюдение режима дня, самоменеджмент, любимые занятия, творчество);
- формирование и организация групп самопомощи инвалидов (шефство над ослабленными, помощь на прогулках, игровое взаимодействие, собеседование, обучение по типу «наставничества», выслушивание, подбадривание, формирование актива проживающих и т.п.);
- обеспечение коммуникативной активности и социальных связей инвалида (общение в учреждении и с внешними партнерами, связи с родственниками и близкими, технические средства общения – социальные сети, ТВ, СМИ, телефон, радио и др.);
- оптимизация экономических затрат.

На основании указанного перечня базовых требований к организации работы с инвалидами в установленную систему реабилитации учреждения вносят, если это необходимо, соответствующие коррективы и предусматривают

проведение компенсирующих мероприятий. Кроме того, при *создании новых* или *реконструкции имеющихся* в подразделениях объектов, а также при организации и *проведении* на их базе реабилитационной деятельности с участием инвалидов, следует каждый раз *оценивать меру соблюдения* перечисленных выше требований.

В заключение необходимо отметить, что в рамках современного подхода стационарное социальное обслуживание представляет собой многоаспектное реабилитационное воздействие, в рамках которого, с одной стороны, происходит активизация ресурсных возможностей пожилых граждан или инвалидов (*направленный образ жизни*), а с другой стороны создается система средового терапевтического воздействия (*терапия средой*). На данной основе становится возможным планировать эффективные изменения в организации реабилитационного процесса, ведущие к переходу от жесткого специализированного ухода за проживающими гражданами к заботе о них более общего характера, требующей большей взаимопомощи, соучастия, добровольной помощи, интеграционных социальных связей в дополнение к необходимому профессиональному уходу.

РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ПРОСТРАНСТВО УЧРЕЖДЕНИЯ

З О Н Ы	Жилая зона	Лечебно-профилактическая зона	Физкультурно-Оздоровительная зона	Информационно-методическая зона	Культурно-досуговая зона	Социально-трудовая зона	Хозяйственная зона	Административная зона
П О Д Р А З Д Е Л Е Н И Я	Жилые комнаты (палаты)	Медицинские кабинеты (посты)	Тренажерный зал	Методический кабинет, учебный класс	Видеозал, радиостудия*	Теплица	Пищеблок	Руководители учреждения
	Туалетные комнаты	Изолятор. карантинное отделение*	Спортивная площадка	Интернет уголок (холл, бар)	Библиотека	Огород	Прачечная	Бухгалтерия
	Столовый зал	Процедурные кабинеты*	Баня	Творческие мастерские*	Зона культурно-массовых мероприятий	Ягодники, цветники	Склады	Персонал (специалисты) учреждения
	Зоны отдыха (рекреационные помещения)	Аптека	Бассейн	Выставочно-информационная зона	Студии*	Фруктовый сад	Гараж	Архив
	Гостевая зона	Комната психологической разгрузки	Водолечение, (грязелечение)	Школа пожилого человека	Живой уголок	Мини-ферма	Мастерские*	Охрана
	Прогулочная зона	Фито бар (в т.ч. мобильный)	Солярий	Геронтообразование сотрудников	Помещение религиозного назначения	Трудовая занятость в центре	Электро-водоснабжение	

* требуется конкретизация и выделение соответствующих подразделений.