

## ОТЧЕТ

### **об осуществлении контроля за соблюдением требований государственных стандартов социального обслуживания населения Волгоградской области в ГБССУ СО ГПВИ «Суровикинский психоневрологический интернат»**

Согласно Плану осуществления контроля за соблюдением требований государственных стандартов на 2014г., утвержденному приказом государственного казенного учреждения «Областной центр контроля качества социальных услуг» от 13.12.2013 № 116-Д (далее – Центр контроля качества), в соответствии с требованиями административного регламента министерства социальной защиты населения Волгоградской области по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за соблюдением требований государственных стандартов социального обслуживания, утвержденного приказом министерства социальной защиты населения Волгоградской области от 19.09.2012 №623, и во исполнение приказа Центра контроля качества от 30 июля 2014г. № 54-Д «Об осуществлении контроля за соблюдением требований государственных стандартов социального обслуживания в ГБССУ СО ГПВИ «Суровикинский психоневрологический интернат» (далее – Учреждение) с 11 по 15 августа 2014 года была проведена документарная проверка соблюдения в Учреждении требований государственных стандартов социального обслуживания.

Целью контрольных мероприятий являлось подтверждение того, что деятельность Учреждения и ее результаты удовлетворяют требованиям следующих государственных стандартов социального обслуживания населения Волгоградской области:

1. «Система качества учреждений социального обслуживания» (утвержден приказом Минсоцзащиты Волгоградской области от 28.12.12 №1362);
2. «Лечебно-трудовая реабилитация граждан пожилого возраста и инвалидов в стационарных условиях» (утвержден приказом Управления социальной защиты населения Администрации Волгоградской области от 07.12.2010 №780 (далее – УСЗН АВО);
3. «Предоставление социально-психологических услуг гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации» (утвержден приказом УСЗН АВО от 29.12.2009 №663).

Уполномоченным лицом по проведению документарного контроля являлась Кагитина Татьяна Витольдовна - ведущий специалист отдела оценки качества государственных услуг, руководитель аудиторской группы. Представитель проверяемого Учреждения, ответственный за обеспечение проведения контрольных мероприятий, - заместитель директора по воспитательной работе Комягина Елена Викторовна.

Объектом документарной проверки являлись сведения, содержащиеся в документах Учреждения, используемые при осуществлении деятельности и связанные с исполнением обязательных требований указанных государственных стандартов социального обслуживания населения Волгоградской области. Проверка осуществлялась путем изучения итогов анкетирования клиентов, персонала и анализа предоставленной документации Учреждения.

Общие сведения об Учреждении.

Адрес: 404414, Волгоградская область, г.Суровикино, ул. Автоградная, д. 14.,

Эл.почта: pnisurov@mail.ru; тел./Факс: 8(84473) 2-26-31

Директор – Дьяченко Анатолий Викторович

Структура Учреждения: стационарное отделение, отделение милосердия.

Сведения по результатам проверки.

#### **1. Осуществление контроля за соблюдением требований государственного стандарта социального обслуживания населения «Система качества учреждений социального обслуживания»**

К проверке представлены документы, дающие информацию о зданиях и сооружениях в которых располагается ГБССУ СО ГПВИ «Суровикинский психоневрологический интернат».

Согласно данным технического паспорта Учреждение размещено в двухэтажном здании общей площадью 6125 м<sup>2</sup> на земельном участке площадью 48658 м<sup>2</sup>.

Здания Учреждения оборудованы централизованной системой канализации, автономными системами отопления, хозяйственно-питьевого водоснабжения, электроснабжения (на территории расположено здание трансформаторной подстанции и электрощитовой). Горячее водоснабжение обеспечивается с помощью электрических водонагревательных приборов (согласно данным разделов №4 «Благоустройство здания» и №7 «Описание конструктивных элементов здания и определение их износа» технического паспорта Учреждения). Помещения оснащены телефонной связью, кондиционирование воздуха осуществляется с помощью сплит-систем (согласно данным оборотной ведомости по нефинансовым активам).

Доступ маломобильных групп населения обеспечивается с помощью пандусов, оборудованных на входах в здание Учреждения. В местах дневного пребывания, ванных комнатах и в туалетах установлены поручни (согласно аналитической справке по осуществлению текущего контроля за условиями размещения учреждения за 1 и 2 кварталы 2014 года).

Учреждением реализуются меры, направленные на поддержание и улучшение созданных условий. К проверке представлены отчеты о реализации ДОЦП «Повышение качества жизни пожилых людей в Волгоградской области на 2011-2013гг.» и ДОЦП «Формирование доступной среды и жизнедеятельности для инвалидов и маломобильных групп населения в Волгоградской области на 2011-2013гг». В рамках данных программ в 2013 году проведены следующие мероприятия:

- приобретено технологическое и бытовое оборудование, оборудование для спортивно-игровых площадок.

- проведено оснащение кабинета социально-бытовой адаптации бытовой техникой и кухонной мебелью (для организации занятий клиентов с целью их социальной адаптации, реабилитации и подготовки к самостоятельному проживанию), спортивных площадок для лиц с ограниченными возможностями (установлены тренажеры с целью систематического участия клиентов в физкультурно-оздоровительных мероприятиях).

В 2014 году в целях реализации этих же программ запланировано:

- оснащение Учреждения оборудованием, аппаратурой и приборами, транспортными средствами, обеспечивающими надлежащее качество предоставляемых услуг.

- адаптация для инвалидов и других маломобильных групп населения приоритетных объектов социальной инфраструктуры в государственных учреждениях социальной защиты населения.

В соответствии с Уставом в Учреждении функционируют 2 отделения:

1. стационарное отделение - включает в себя 3 подразделения (к проверке представлено Положение о структурном подразделении «Стационарное отделение»):

- интенсивного медицинского ухода (на 20 чел.);

- медико-педагогической коррекции (на 100 чел.);

- социо-реабилитационного профиля (на 180 чел.).

2. отделение милосердия - рассчитано на 80 чел. (к проверке представлено Положение о структурном подразделении «Отделение милосердия»).

Учреждение имеет лицензию № ФС-34-01-000041-12 от 26 марта 2012г. на осуществление медицинской деятельности:

- доврачебной медицинской помощи по диетологии, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, организации сестринского дела, сестринскому делу, медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинскому массажу, стоматологии, физиотерапии, лечебному делу;

- амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в т. ч. первичной медико-санитарной помощи по терапии, инфекционным болезням, контролю качества медицинской помощи, неврологии, общественному здоровью и организации здравоохранения, офтальмологии, специализированной медицинской помощи по дерматовенерологии, психиатрии.

Лицензия действует бессрочно.

В целях профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний руководителем Учреждения обеспечено проведение предварительных и периодических медицинских осмотров, иммунизации персонала. Подписан контракт с ООО НПО «Волгоградский центр профилактики болезней «ЮгМед» от 28.07.2014 № 2014.27910, согласно спецификации на оказание услуг в 2014 году планируется провести углубленный медицинский осмотр 205 сотрудникам ГБССУ СО ГПВИ «Суровикинский ПНИ».

Производственный контроль организации питания и соблюдения санитарно-противоэпидемических требований, дезинфекционных и стерилизационных мероприятий осуществляется на основании договора с ФФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Волгоградской области в Калачевском, Суровикинском, Чернышковском, Клетском районах» от 29.04.2014 № 255/65-14. В соответствии с договором от 29.04.2014 № 24/14 ФФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Волгоградской области в Калачевском, Суровикинском, Чернышковском, Клетском районах» проведено санитарно-гигиеническое обучение персонала (обучение прошло 22 сотрудника Учреждения). Имеется Программа производственного контроля, утвержденная директором Учреждения от 31.02.2014.

Вывоз твердых бытовых отходов осуществляется на основании договора от 19.02.2014 № 53 с МУП «Городское хозяйство», вывоз промышленных и медицинских отходов, а также утилизация медицинских отходов класса «Б», «В», «Г» осуществляется в соответствии с договором с ООО «Экоплюс» от 03.02.2014 № 72/14 и от 03.02.2014 № 73/14 соответственно.

В ноябре 2013 года была проведена проверка Учреждения отделением надзорной деятельности по Суровикинскому району на предмет соблюдения требований пожарной безопасности. По итогам проверки составлен 1 протокол об административном правонарушении, вынесено предписание №229/01/01 от 23.12.2013 об устранении выявленных нарушений. Срок исполнения до 10.02.2014. На момент проверки нарушения устранены (Акт проверки от 11.02.2014 № 8).

Ответственным за пожарную безопасность и охрану труда в Учреждении приказом директора от 09.01.2014 № 1-0 назначен инженер Брыков А.Е., который в 2013г. прошел обучение в Негосударственном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования (повышении квалификации) «Нижевожский центр обучения». С начала 2014 года обучение в Учебном центре негосударственного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Профобразование» по программе: «Пожарно-технический минимум для руководителей предприятий, организаций и лиц, ответственных за обеспечение пожарной безопасности на объекте» прошли 13 сотрудников Учреждения.

В Учреждении на 2014 год имеется Паспорт антитеррористической защищенности, утвержден График ежеквартальных практических отработок действий по антитеррору, а также приказом директора назначено ответственное лицо за проведение данных мероприятий - заместитель директора Божко А.П.

Жилые, административные, а также хозяйственные помещения Учреждения оснащены пожарной сигнализацией (договор с ООО «Всероссийское добровольное пожарное общество» на техническое обслуживание и ремонт пожарной сигнализации от 01.04.2014 № 13214/С). Имеются журналы вводного и текущего инструктажа персонала, Журнал регистрации средств пожаротушения, которые своевременно заполняются.

Практические тренировки по эвакуации клиентов и персонала в Учреждении проводятся ежемесячно, директором утвержден от 20.01.2014 «График проведения ежемесячных практических отработок планов эвакуации». 15.07.2014 была проведена внеплановая тренировка, в ходе которой отрабатывались действия персонала по эвакуации

клиентов. Всего с начала года проведено 8 тренировок. Факт их проведения находит свое подтверждение в Журнале учета противопожарных тренировок.

В 2013 году была проведена аттестация 115 рабочих мест в соответствии с договорами по оказанию услуг по проведению аттестации рабочих мест по условиям труда от 07.06.2013 № 186/253-13-ОТ, от 09.08.2013 № 330-13 ОТ, от 01.10.2013 № 351-13 ОТ. Аттестацию проводило ООО «Охрана труда». Рабочие места аттестованы. Результаты отражены в протоколах заседания аттестационной комиссии по условиям труда. Учреждение запланировало провести в 2015 году аттестацию рабочих мест по должностям: начальник отдела материально-технического снабжения, музыкальный работник, гардеробщик (письмо Учреждения от 12.08.2014 № 831).

Состав документации Учреждения соответствует требованиям государственного стандарта «Система качества учреждений социального обслуживания» (далее – Стандарт). Учреждение осуществляет деятельность на основании Устава, утвержденного приказом УСЗН АВО от 29.07.2011 №502.

Документы по организации деятельности Учреждения (учредительные документы) в наличии.

Штатное расписание (утверждено приказом директора от 30.07.2014 №40-о) отражает структуру Учреждения и отвечает требованиям Стандарта. Штатная численность работников составляет 303 единицы. По состоянию на 11.08.14 имеется 1 единица вакансий (медицинская сестра палатная). Информация о вакансиях в Центр занятости населения направляется ежемесячно в виде отчета (представлен к проверке).

Директором Учреждения от 09.01.2014 утверждена Процедура разработки, использования и управления документацией, которая предусматривает своевременное приведение документации системы качества Учреждения в соответствие требованиям действующего законодательства. Документация системы качества актуализирована, не содержит ссылок на нормативные документы, признанные утратившими силу.

Осуществлена проверка Положения о стационарном отделении (далее - Положение), утвержденного директором от 09.01.2014. Структура, наименование и содержание Положения соответствуют требованиям Стандарта.

Должностные инструкции разработаны на каждого специалиста, регламентируют организационно-правовое положение работников, их права, обязанности, ответственность. Проведена выборочная проверка 12 должностных инструкций (заместителя директора по воспитательной работе, бухгалтера, заведующего отделением – врача-психиатра, психолога, заместителя директора по медицинским вопросам, заведующего отделением милосердия врача-терапевта, специалиста по социальной работе, специалиста по кадрам, главной медицинской сестры, инженера, сестры-хозяйки, юрисконсульта, инженера по организации эксплуатации и ремонту зданий и сооружений). Структура должностных инструкций и их содержание отвечают требованиям Стандарта. Во всех должностных инструкциях сотрудников отражены вопросы качества: предусмотрены участие в разработке политики Учреждения в области качества, ответственность за качество предоставления услуг. Ознакомление с должностными инструкциями подтверждается подписями сотрудников Учреждения.

Специалистами Учреждения разработаны правила, инструкции, определяющие порядок действий сотрудников/клиентов Учреждения, в т.ч. в ходе организации и предоставления/получения социальных услуг и исполнения возложенных функций. К проверке представлены: Инструкция о порядке предоставления информации о получателе социальной услуги другим организациям и должностным лицам, Правила внутреннего трудового распорядка, Положение о комиссии по спорным вопросам (утверждены директором от 09.01.2014), Порядок рассмотрения обращений клиентов (утвержден директором от 10.01.2014), Положение об опекунской комиссии (утверждено приказом по Учреждению от 01.07.2014 №40-о) и другие документы.

В Учреждении утверждено директором от 14.10.2013 Положение о наставничестве, разработанное с целью системного подхода в период адаптации и сопровождения

профессионально-личностного становления молодых специалистов. К проверке были представлены индивидуальные программы адаптации специалистов (психолога и палатной медицинской сестры).

Для подтверждения наличия в Учреждении эксплуатационных документов на все оборудование, приборы и аппаратуру к проверке представлена Инвентаризационная опись по объектам нефинансовых активов по состоянию на 31.07.2014г на специальное и табельное оборудование. Исправное состояние оборудования, приборов и аппаратуры обеспечивается систематическими проверками. Имеются журналы технического обслуживания медицинского оборудования и учета состояния специального и табельного оборудования. С целью списания оборудования в случае его непригодности в Учреждении создана комиссия по поступлению и выбытию активов (утверждена директором от 09.01.2014).

Заключены договоры:

- с ООО «Всероссийское добровольное пожарное общество» на техническое обслуживание систем передачи извещений о пожаре от 01.04.2014 № 13215/С;
- с ИП Жарких Д.В. на измерение сопротивления изоляции электропроводки, испытание устройств защитного заземления от 03.09.2013 № 272;
- с ООО «Медтехника» на комплексное техническое обслуживание изделий медицинской техники от 02.06.2014 № 92;
- с ООО «Медтехника» на проведение поверки и ремонта средств измерений;
- с ФБУ «Государственный региональный центр стандартизации, метрологии испытаний в Волгоградской области» на выполнение работ по проведению поверки, калибровки, технического обслуживания средств измерений, аттестации испытательного оборудования от 02.06.2014 № 4132.

Представлен график периодической поверки средств измерений на 2014 год на 25 единиц измерительных приборов и оборудования.

Учреждение располагает 7 единицами автотранспорта (трактор с прицепом, ЗИЛ-5301А0, ГАЗ-3102, HYUNDAI SOLARIS, ГАЗ - 32213, УАЗ – 39629, специализированное транспортное средство ТС). Транспорт поддерживается в технически исправном состоянии. Технический осмотр проводится в соответствии с договором от 28.05.2014 № 160 с ООО «Диагностика №2». Водители ежедневно проходят предрейсовый осмотр в Учреждении (фиксирование результатов осмотра ведется в Журнале учета предрейсовых медицинских осмотров).

С целью поддержания квалификации специалистов на высоком уровне в Учреждении осуществлен ряд мероприятий: проводится техническая учеба персонала, касающаяся изучения нормативных документов, регламентирующих деятельность Учреждения, 09.01.2014 утвержден План мероприятий по подготовке персонала, в наличии Положение об аттестации специалистов (утверждено директором от 10.01.2014). В Плате предусмотрены мероприятия в отношении 22 сотрудников, остальные сотрудники Учреждения прошли аттестацию в 2009-2010 гг. (к проверке представлены протоколы заседания аттестационной комиссии).

В Учреждении проводятся мероприятия, направленные на воспитание у сотрудников высоких моральных и этических качеств. Руководителем Учреждения утвержден «Кодекс этики и служебного поведения работников органов управления социальной защиты населения и учреждений социального обслуживания», в котором закреплены основные принципы и правила служебного поведения, этические обязанности и ответственность работников перед клиентами и работодателем, отражены вопросы конфиденциальности.

Руководством Учреждения приняты меры к неразглашению сведений личного характера о клиентах. В должностных инструкциях установлена ответственность за разглашение сведений личного характера, ставших известными при оказании социальных услуг клиентам, к проверке представлено Положение об обеспечении прав клиентов на конфиденциальность, которое утверждено директором от 10.01.2014.

Материальное стимулирование сотрудников с целью повышения их заинтересованности в результатах труда, повышении уровня качества предоставляемых

услуг регламентируется Положением об осуществлении выплат стимулирующего характера за интенсивность и высокие результаты работы, премиальных выплат работникам ГБССУ СО ГПВИ «Суровикинский ПНИ» (утверждено директором Учреждения от 10.01.2014) и определено содержанием документа в полной мере.

Информирование клиентов, заинтересованных лиц и организаций осуществляется в соответствии с разработанным Положением об информировании клиентов, заинтересованных лиц и организаций (утверждено директором от 10.01.2014) и Планом мероприятий по информационно-разъяснительной работе на 2014 год.

Система качества Учреждения оформлена в виде комплекта документов, отражающих политику в области качества, организационную структуру системы качества, задачи и функции отделений и служб Учреждения в области качества, устанавливающих порядок внедрения, функционирования и контроля системы качества. Ответственным за систему качества назначен заместитель директора по общим вопросам Комягина Е.В.

Основной документ системы качества – Руководство по качеству (утверждено директором Учреждения от 10.01.2014).

Цели и задачи политики в области качества измеримы, отражают специфику деятельности учреждения. Политика в области качества охватывает все направления деятельности, внедряется во всех структурных подразделениях Учреждения.

Организационная структура системы качества представлена в виде схемы с пояснениями, в которой указаны все специалисты учреждения и подразделения, участвующие в предоставлении услуг или обеспечивающие их предоставление.

Документация системы качества Учреждения подтверждает приоритетность требований (запросов) клиентов по обеспечению качества услуг. Мнение клиентов отражается в Книге отзывов клиентов и их родственников. Обоснованные жалобы клиентов на качество услуг отсутствуют.

Анкетирование клиентов проводится в соответствии с Положением о проведении исследования степени удовлетворенности клиентов качеством предоставляемых услуг и Планом повышения качества услуг (утверждены директором от 10.01.2014). Итоги анкетирования оформляются в виде аналитической справки по удовлетворенности качеством оказанных услуг. По итогам анкетирования клиентов во 2 квартале 2014 года. степень удовлетворенности клиентов качеством предоставляемых услуг составила в среднем 97 %, что соответствует требованиям Руководства по качеству (не менее 95%). Для дееспособных клиентов вопросник составлен в текстовом варианте. Перечень вопросов позволяет определить проблемные вопросы клиентов. Однако анкета клиентов не информативна: трудна для восприятия чтения, в ней не всегда учитываются возрастные, социальные и половые особенности респондента, дата и место проведения исследования, встречаются не корректно сформулированные вопросы. **Рекомендовано:** анкеты клиентов привести в соответствие с утвержденным в Учреждении Положением о проведении исследования степени удовлетворенности клиентов качеством предоставляемых услуг.

Учреждением запланированы мероприятия по обеспечению самоконтроля персонала, предоставляющего услуги (анкетирование персонала), проведение сравнение оценок клиентов и исполнителей услуг с целью определения, насколько деятельность исполнителей услуг отвечает потребностям и запросам клиентов (мероприятие будет проведено в ноябре, что отражено в Задачах политики в области качества на 2014 г). Необходимость проведения сравнения оценок клиентов и исполнителей услуг с целью определения соответствия деятельности исполнителей услуг потребностям и запросам клиентов отражена в Задачах политики в области качества, периодичность – 2 раза в год. К проверке представлен отчет о проведении сравнения оценок клиентов и исполнителей услуг за 1-ое полугодие 2014 года, Положение о проведении самоконтроля персонала.

В Учреждении разработано Положение о проведении внутренних проверок качества, которое утверждено директором учреждения от 10.01.2014. Разработаны и утверждены на 2014 год: Программа проведения внутренних проверок системы качества и График внутренних плановых проверок. Ответственным лицом за организацию и проведение

проверок является заместитель директора по воспитательной работе - ответственный за систему качества Учреждения. Проверки проводятся 2 раза в год. Результаты внутренних проверок оформлены в виде отчетов. В ходе внутренних проверок системы качества осуществляется оценка ее эффективности и соответствия установленным требованиям, что подтверждено резолюциями директора на отчетных документах.

Специалисты, ответственные за осуществление текущего контроля за факторами, влияющими на качество услуг, один раз в квартал передают ответственному за систему качества Учреждения отчеты об итогах осуществления контроля закрепленных за ними факторов. Проведена проверка отчетов за 2 квартал 2014 года. Ответственный за систему качества раз в 6 месяцев представляет руководителю отчет о функционировании системы качества по материалам отчетов специалистов, ответственных за осуществление текущего контроля за факторами, влияющими на качество услуг, итогам анкетирования и проведения внутренних проверок. Осуществление анализа полученной информации директором Учреждения подтверждено резолюцией на отчете за 2 квартал 2014г.

По результатам анализа функционирования системы качества ежеквартально разрабатывается План повышения качества, который утверждается директором Учреждения. К проверке представлены Планы повышения качества на 1, 2 и 3 кварталы 2014 года, мероприятия, запланированные на январь – июнь 2014 года в основном выполнены. В связи с недостаточным финансированием Учреждения ряд мероприятий перенесен на 3 квартал. По итогам выполнения Плана повышения качества оформлен Протокол качества с описанием выполненных мероприятий, а также причин невыполнения пунктов плана.

Таким образом, документация системы качества учреждения соответствует правовым нормам, понятна для пользователей, поддерживается в рабочем состоянии.

Система качества учреждения в целом обеспечивает достижение и поддержание уровня качества услуг, соответствующего предъявляемым к нему требованиям.

## **2. Осуществление контроля за соблюдением требований государственного стандарта социального обслуживания населения «Лечебно-трудовая реабилитация граждан пожилого возраста и инвалидов в стационарных условиях»**

Социальные услуги в рамках реализации положений государственного стандарта социального обслуживания населения Волгоградской области «Лечебно-трудовая реабилитация граждан пожилого возраста и инвалидов в стационарных условиях» (далее – Стандарт) предоставляются гражданам пожилого возраста и инвалидам, находящимся на стационарном социальном обслуживании в Учреждении, изъявившим желание участвовать в лечебно-трудовом процессе, с учетом состояния здоровья, интересов, желаний в соответствии с медицинским заключением и трудовыми рекомендациями.

Анализ информации, содержащейся в документах, представленных к проверке, позволяет сделать вывод о порядке и условиях оказания лечебно-трудовой реабилитации гражданам пожилого возраста и инвалидам в стационарных условиях. Услугу оказывают специалисты структурного подразделения «Лечебно-трудовая реабилитация и культурно-массовое обслуживание». Специалист, ответственный за организацию лечебно-трудовой реабилитации – специалист по реабилитации инвалидов – Конкина С.Ю. (приказ директора от 09.01.2014 № 1-о). В Учреждении согласно штатному расписанию – три мастера производственного обучения рабочих массовых профессий.

Положение об организации лечебно-трудовой реабилитации граждан пожилого возраста и инвалидов в ГБССУ СО ГПВИ «Суровикинский ПНИ» разработано и утверждено директором от 09.01.2014. Приказом по Учреждению от 10.01.2014 № 1-о определены следующие направления лечебно-трудовой реабилитации:

- помощь в овощехранилище;

- погрузо-разгрузочные работы;
- швейная мастерская;
- приусадебный участок;
- благоустройство и уборка территорий интерната;
- помощь младшему персоналу;
- уборка помещений;
- столярная мастерская;
- теплица.

На каждое направление ЛТР разработаны и утверждены директором Учреждения процедуры, регламентирующие процессы их проведения, инструкции по технике безопасности, обязанности мастеров по проведению ЛТР отражены в должностных инструкциях.

К проверке на бумажном носителе представлена информация, предназначенная для размещения на информационном стенде, о проведении в Учреждении мероприятий по ЛТР с указанием ее направлений и данных специалиста, к которому можно обратиться по вопросу участия в ЛТР.

Потребность клиента, а также его возможность участия в лечебно-трудовой реабилитации определяется в ходе медицинского консультирования врачом-терапевтом Учреждения в течение времени, определенного Правилами внутреннего распорядка, о чем производится запись в индивидуальную карту лечебно-трудовой реабилитации клиента (далее – индивидуальная карта клиента).

В дальнейшем все действия в рамках лечебно-трудовой реабилитации отмечаются в индивидуальной карте клиента. Осуществлена проверка 10 индивидуальных карт, представленных к проверке Учреждением, в которых зафиксированы:

- дата проведения медицинского консультирования и данные специалиста, его проводящего (ф.и.о. и должность);
- перечень определенных для клиента направлений лечебно-трудовой реабилитации.

В ходе медицинского консультирования, учитывая физическое, психическое состояние клиента и его пожелания, врач-терапевт определяет возможность, вид, направление, продолжительность и периодичность лечебно-трудовой реабилитации, о чем имеются соответствующие записи в индивидуальных картах.

В ходе лечебно-трудовой реабилитации ответственный специалист заносит соответствующие записи в:

- Индивидуальную карту клиента;
- Журнал проведения лечебно-трудовой реабилитации по направлениям;
- Сводный Журнал учета клиентов, проходящих лечебно-трудовую реабилитацию в Учреждении;
- Журнал учета разовых мероприятий лечебно - трудовой реабилитации.

На основании записей представленных журналов проведения ЛТР установлено, что по состоянию на 01.08.2014г в Учреждении участие в ЛТР принимают 152 клиента. Допуск клиента к выполнению намеченных лечебно-трудовых мероприятий осуществляется после прохождения им необходимого инструктажа по технике безопасности, о чем делается соответствующая запись в журналах проведения инструктажей участников процесса ЛТР по направлениям. В Журналах, предоставленных к проверке, в наличии даты проведения и подписи клиентов (опекуна) прошедших инструктаж.

### **3. Осуществление контроля за соблюдением требований государственного стандарта социального обслуживания населения «Предоставление социально-психологических услуг гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации»**

Государственным стандартом социального обслуживания населения «Предоставление социально-психологических услуг гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации»



(далее – Стандарт) предусмотрено предоставление 10 форм социально-психологических услуг. Перечень социально-психологических услуг, оказываемых Учреждением, определен исходя из объема социальных услуг, прописанных в государственном стандарте социального обслуживания населения Волгоградской области «Социальное обслуживание граждан пожилого возраста и взрослых инвалидов, страдающих психическими расстройствами, в стационарных условиях».

Клиентам Учреждения предоставляется одна социально-психологическая услуга - оказание психологической помощи, в том числе беседы, общение, выслушивание, подбадривание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса клиентов (далее – психологическая помощь). Предоставление психологической помощи клиентам учреждения осуществляется специалистом по социальной работе и медицинским персоналом. Оказание социально-психологической услуги заключается в проведении беседы с клиентом. В рамках беседы или доверительного общения специалисты выявляет проблемы, приносящие клиенту психологический дискомфорт, помогают клиентам смягчить негативные последствия травмирующей ситуации или проблемы путем подбадривания, мотивации к активной жизненной позиции клиента.

Осуществлена выборочная проверка журналов учета предоставления социально-психологических услуг, в которых зафиксирована информация об оказании услуг клиентам, при этом время проведения беседы с клиентом не указывается. **Рекомендовано:** в Журнале учета социально-психологических услуг фиксировать время проведения услуги: «психологическая помощь».

Предоставление социально-психологической услуги осуществляется в соответствии с Порядком предоставления социально-психологической услуги клиентам ГБССУ СО ГПВИ «Суровикинский ПНИ», находящимся в трудной жизненной ситуации, утвержденным директором Учреждения 10.01.2014.

По данным отчета об исполнении государственного задания за 1 полугодие 2014 года клиентам, проживающим в стационарном отделении, оказано 4948 социально-психологических услуг (психологическая помощь). Жалобы со стороны граждан на нарушение установленных требований по доступности и качеству оказания социально-психологических услуг не выявлены.

### **Вывод по результатам документарной проверки.**

Деятельность специалистов ГБССУ СО ГПВИ «Суровикинский ПНИ» и ее результаты удовлетворяют требованиям государственных стандартов социального обслуживания населения Волгоградской области «Система качества учреждений социального обслуживания», «Предоставление социально-психологических услуг гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации», «Лечебно-трудовая реабилитация граждан пожилого возраста и инвалидов в стационарных условиях».

Чек - листы по оценке исполнения требований стандартов, письмо Центра контроля качества от 30.07.2014 № 3-422 приобщены к материалам проверки.

Руководитель аудиторской группы:  
18.08.2014

Т.В. Кагитина