|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ГАУ СО СО «ЦСПСиД «Гнёздышко» Кировского района г. Екатеринбург»** | | | |
| **Наименование структурного подразделения:** |  | | |
| **Название документа:** | Стандарт операционной процедуры  Телефонный звонок (видеозвонок) с целью патронажа | | |
| **Утвержден:** |  | | |
| **Дата утверждения:** |  | | |
| **Разработчик:** | Должность | ФИО | подпись |
| методист | Волченкова Т.Г. |  |
|  |  |  |
| **Согласовано:** |  |  |  |
|  |  |  |
| **Дата согласования:** |  |  |  |
| **Ответственный за исполнение:** | Специалист структурного отделения |  |  |
| **Дата введения  в действие:** |  |  |  |

**Екатеринбург**

**2020**

**Стандарт операционной процедуры**

1. **Название процедуры:** Телефонный звонок (видеозвонок) с целью патронажа.
2. **Цель:** организация профилактической работы, осуществляемой на дому с целью предупреждения утраты несовершеннолетним результатов Индивидуальной программы реабилитации (ИПР), Индивидуальной программы социальной реабилитации (ИПСР) , контроля выполнения ИПР (ИПСР) на дому и для консультирования Клиентов.
3. **Область применения:** осуществляется в случаях невозможности (отъезд, риск заразиться и т.д.) провести патронаж на дому лично. Услуга может быть оказана по просьбе Клиента. Услуга преимущественно оказывается через организацию видеозвонка любым способом через Skype, WhatsApp, Viber, Messenger, Zoom и др. Осуществляется в период перерыва между оказанием услуг по реабилитации несовершеннолетнего в условиях полустационара или стационара.
4. **Ответственность:** за предоставление услуги отвечает специалист по социальной работе (специалист, оказывающий услугу). Контроль за исполнением услуги – заведующий структурным подразделением**.**
5. **Общие сведения:** Для проведения патронажа в виде видео (телефонного) звонка необходимо ознакомиться с ИПР (ИПСР), обратив особое внимание на следующее – какие результаты планировались и были достигнуты в период полустационарного и\или стационарного обслуживания. Провести внутренние консультации со специалистами, обслуживающими несовершеннолетнего. Специалист по социальной работе, закрепленный за данной семьей обязан знать результаты ИПР(ИПСР), достигнутые каждым специалистом и уметь проверить наличие\утрату данного навыка\результата. Специалист обязан знать задания, которые были рекомендованы родителям для самостоятельной работы с ребенком.
6. **Оснащение:** телефон сотовый. Функция «не определять номер» должна быть отключена, Компьютер. Телефон или компьютер должны иметь полноценные функции для видеосвязи. Устойчивый Интернет. Помещение без посторонних звуков. Ручка, органайзер, бумага для записей.
7. **Основная часть процедуры:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Этап** | **Наполнение с примерами** |
| Предварительная подготовка  к патронажу | Ознакомление с ИПР (ИПСР) и другими документами по реабилитации несовершеннолетнего. Составление плана вопросов. |
| Предварительная договорённость  о видеозвонке | Запросить у Клиента возможность разговора через мессенджер. Получить ответ. Позвонить Клиенту. Договориться о времени видео встречи. Договорится о необходимости участия во встрече несовершеннолетнего, о подготовке в зоне видимости материалов, средств реабилитации, записей с заданием специалистов и т.п. |
| Приветствие | *Имя Отчество*, добрый день. Далее узнайте о состоянии здоровья Клиента, несовершеннолетнего. Попросите подсоединить к разговору ребенка. Поздоровайтесь с ним. Установите контакт на столько, на сколько это возможно. |
| Уточняем | *Имя Отчество. Имя ребенка. Готовы ли вы к нашей встрече.* Узнайте что приготовлено для встречи (задания специалистов, работы, выполненные ребенком и т.п.). |
| Проверяем как поддерживаются результаты реабилитации по одному направлению | Попросить Клиента и ребенка рассказать, чему научился ребенок во время последней стационарной\полустационарной реабилитации по одному направлению (психология, логопедия, уровень освоения социально-бытовых навыков и т.п.). Затем, уточните, понятны ли были задания на данный период и как часто их выполняли. Попросите ребенка продемонстрировать результаты домашних занятий. Попросите переместить камеру так, чтобы было видно место учебы ребенка, место сна, места для игр и т.п. |
| Проверяем как поддерживаются результаты реабилитации по другому направлению | Эта проверка проводится на усмотрение специалиста. |
| Ес­ли кли­ент демонстрирует игнорирование рекомендаций специалистов по домашней реабилитации | Корректно выяснить причины невыполнения заданий. Если причина в содержании задания, его сложности или частоте выполнения, следует выслушать и пообещать поддержку специалиста. Когда услуга будет закончена, следует доложить руководителю подразделения о проблеме, и вместе со специалистом к заданию которого были вопросы, разобрать ситуацию для принятия решения. |
| Если клиент отказывается от общения и демонстрации результатов домашней реабилитации | Выяснить причины отказа. Задать наводящие вопросы для выяснения физического состояния клиента (болезнь, алкогольное или наркотическое опьянение и т.п.). По окончании услуги немедленно сообщить руководителю для принятия решений о визите в семью. |
| Фиксируем результат и прощаемся | *Имя Отчество* спасибо, что нашли время!  Далее.  ИЛИ: Спасибо, что поддерживаете результаты, достигнутые вами, *Имя* и нашими специалистами. Звоните, если понадобится помощь  ИЛИ: Жаль, что Вы не придерживаетесь рекомендаций наших специалистов. Программу реабилитации нельзя прерывать, иначе достигнутые результаты обнулятся. И Ваш большой труд, труд Вашего ребенка и наших специалистов окажется напрасным.  ИЛИ: Ваше отношение к ребенку и Ваше состояние вызывает серьезное беспокойство. Я буду вынуждена доложить о данной ситуации своему руководству.    До свидания.  Отключаем звонок. |
| Документирование звонка. | Заполнение учетно-отчетной документации, внесение визита или звонка в семью в график выходов |

Время подготовки к оказанию услуги 1 час. Время оказания услуги по Стандартной операционной процедуре 1 час. Время документирования – 20 минут. Частота оказания услуги – по мере необходимости.

1. **Область и способы проверки выполнения:** выполнение данного СОПа проверятся заведующим структурного подразделения путем изучения записей в учетно-отчетной документации и получение обратной связи от клиента (получателя социальных услуг) и во время проведения аудита и осуществления плановых проверок.

**Распределение данного стандарта операционной процедуры**

Экземпляр Должность

Оригинал

Копия

**Ответственные исполнители ознакомлены и обязуются исполнять:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия | Подпись | Дата |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |