форум

Долгосрочной Опеки

1 (25) март 2020

«Незабудка» – способ помочь людям с деменцией

тема номера

Долгосрочная опека и паллиативный уход.

Зарубежный опыт и вызовы для России

Организация системы долговременного ухода в Германии и Нидерландах

ISSN 2312-5713

16+

ЕЦДО
Европейский центр
долгосрочной опеки

УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Учебный центр проводит подготовку высокопрофессиональных и конкурентоспособных специалистов, которые смогут обеспечить качественный уход за тяжелобольными и пожилыми людьми.

Обучение проводится для среднего и младшего медицинского персонала, работников социальной сферы (домов-интернатов для престарелых и инвалидов, психоневрологических интернатов), работников хосписов, благотворительных организаций, сиделок, опекунов.

Москва

ОП ООО «БЕЛЛА Восток» Учебный центр ДПО «Европейский центр долгосрочной опеки». Лицензия № 76478 от 14.10.2016 г.

Программа обучения: «Организация и выполнение мероприятий по уходу и реабилитации за тяжелобольным или пожилым человеком»

Тел.: +7 (495) 726-55-25, доб. 1848.
E-mail: ecdo.msk@tzmo-global.com. Сайт: ecdo-russia.ru.
Адрес: 142712, МО, Ленинский р-н, п. Горки Ленинские, вл. 7, стр. 1

Новосибирск

«УЦ «Европейский центр долгосрочной опеки» ООО «БЕЛЛА Сибирь». Лицензия № 10189 от 15.02.2017 г.

Программа обучения: «Организация и выполнение мероприятий по уходу и реабилитации за тяжелобольным или пожилым человеком»

Тел.: +7 (383) 373-18-01; (962) 827-46-63. E-mail: ecdo.nsk@tzmo-global.com. Сайт: ecdo-nsk.ru.
Адрес: 630088, г. Новосибирск, Северный проезд, д. 2/3

Ростов-на-Дону

СП ООО «белла-Дон» УЦ ДПО «Европейский центр долгосрочной опеки». Лицензия № 6586 от 19.11.2018 г.

Программы обучения: «Организация и выполнение мероприятий по уходу и реабилитации за тяжелобольным или пожилым человеком»; «Организация оказания паллиативной медицинской помощи населению».

Тел.: +7 (863) 203-74-74; (903) 401-44-41. E-mail: ecdo@tzmo-global.com. Сайт: ecdo-rnd.ru.
Адрес: 344065, г. Ростов-на-Дону, ул. 50-летия Ростсельмаша, д. 1/52.

Нижний Новгород

УЦ ДПО «Европейский центр долгосрочной опеки» ООО «БЕЛЛА Волга». Лицензия № 96 от 23.08.2019 г.

Программы обучения: «Организация и выполнение мероприятий по уходу и реабилитации за тяжелобольным или пожилым человеком»; «Практические навыки ухода и реабилитации за тяжелобольным или пожилым человеком».

Тел.: +7 (910) 791-05-96. E-mail: olga.kareva@tzmo-global.com. Сайт: ecdo-nn.ru.
Адрес: 603104, г. Нижний Новгород, Советский район, ул. Краснозвездная, д. 11

Реклама.

Учредитель:
Общество с ограниченной ответственностью «БЕЛЛА Восток»
Генеральный директор – Е. Горковенко

Юридический адрес:
140300, Российская Федерация, Московская область, г. Егорьевск ул. Промышленная, дом 9

Редакция:
Главный редактор – К. Н. Кузнецова

Адрес редакции:
142712, Московская область, Ленинский р-н, пос. Горки Ленинские, зона придорожного сервиса автодороги «МКАД-аэропорт Домодедово», владение 7, стр.1
Тел./факс: +7 (495) 726-55-25

Адрес для писем и обращений:
115583, г. Москва, а/я 59
fdo@tzmo-global.com
Свидетельство о регистрации средства массовой информации № ПИ № ФС 77-57052 от 25.02.2014 выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций

Тираж 2000 экз.
Цена свободная
16+

Отпечатано в типографии:
ООО «МЕДИАКОЛОР»,
127273, г. Москва, Сигнальный проезд, дом 19, стр. 1, этаж 7

Издание подготовлено при участии:
ООО «РЭДИ-МЕДИА»
129327, г. Москва, ул. Коминтерна, дом 20/2, этаж 1, помещение 1, комната 3, офис 6
Тел.: 8 (495) 643-00-73
info@ready-media.ru
Генеральный директор – Татьяна Ефремова

форум

№ 1 (25) март 2020 г.
Подписано в печать: 05.02.2020 г.
Выход в свет: 11.02.2020 г.

Использованы статьи из журнала «MEDI Форум Долгосрочной Опеки»

Перепечатка, копирование или размножение в любой форме осуществляются только с разрешения ООО «БЕЛЛА Восток»

В журнале использованы фото авторов статей, shutterstock.com

Специализация: рекламное СМИ

форум

Дорогие друзья!

Уже второй раз собирает участников международная конференция по долгосрочной опеке, организованная Учебным центром «ЕЦДО» и Благотворительным фондом Российского Красного Креста. В этом году тема конференции: «Долгосрочная опека и паллиативный уход. Зарубежный опыт и вызовы для России».

Конференция посвящена вопросам оказания медико-социальной помощи пожилым людям. Население всего мира, в том числе и России, стареет, и тематика, связанная с качеством жизни пожилых людей, сегодня актуальна как никогда.

Событие особенно важно для профессионалов, занятых в уходе: ведь подобный обмен опытом между коллегами из разных стран – один из основных аспектов построения системы долговременного ухода в России. Это глобальное мероприятие, которое позволяет установить новые контакты, обменяться мнениями, поднять сложные вопросы и выработать стратегические решения. С каждым годом расширяется география гостей конференции. Руководители и сотрудники социальных и медицинских учреждений со всей России съезжаются в Москву, чтобы обсудить задачи, стоящие перед профессиональным сообществом. Опытом работы и развития системы долговременного ухода в своих странах делятся спикеры из России, США, Японии, Румынии и другие.

В этом номере журнала мы расширяем границы и предлагаем вам познакомиться с опытом построения системы и работой профессионалов долговременного ухода в Польше, Германии, Нидерландах и других странах.

Коллектив редакции благодарит авторов статей. Если у вас есть о чем рассказать, поделиться опытом с нашими читателями, будем рады сотрудничеству.
Пишите нам по адресу: fdo@tzmo-global.com

в номере

ГЛАВНАЯ ТЕМА

3 *Р. О. Ахметели*
Концепция «Добрая обитель» в контексте решения актуальных вопросов развития ухода за пожилыми людьми в России

8 **Учим заботе. Деятельность Учебного центра «Европейский центр долгосрочной опеки» в России**

12 *И. О. Полубоярцев*
Профессионализм и внимание к людям. Организация системы долговременного ухода в Нидерландах

16 *А. Рыбацка-Скорульска*
Функционирование и управление учреждением социального обслуживания с позиции директора Дома для престарелых

20 *С. Геринг-Загроцки*
Нужно ли платить за качество? Подгузники в учреждениях социального обслуживания

24 *И. О. Полубоярцев*
Система долговременного ухода, доказавшая свою эффективность. Опыт Германии

ПРАКТИКА УХОДА

28 *И. Пшибыло*
Не борись! Пойми и сотрудничай! Трудное поведение пациентов с деменцией

32 **«Незабудка» – способ помочь людям с деменцией**

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ

34 *Г. Барановски*
Соседская помощь – старая услуга, новые возможности

36 *К. Кудраньски*
Формирование имиджа учреждения социального обслуживания в социальных сетях

КОНЦЕПЦИЯ «ДОБРАЯ ОБИТЕЛЬ»

В КОНТЕКСТЕ РЕШЕНИЯ АКТУАЛЬНЫХ ВОПРОСОВ РАЗВИТИЯ УХОДА ЗА ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ В РОССИИ

Рамаз Отарович АХМЕТЕЛИ, *кандидат экономических наук, руководитель Благотворительного фонда Российского Красного Креста, генеральный директор компании «Желтый Крест», член Общественного Совета Минтруда России, член Европейской сети по старению населения*

Человечество всю свою жизнь старалось жить как можно дольше и на рубеже тысячелетий дошло до такого состояния, что продолжительность жизни достигла уровня, когда не очень понятно, что с этим делать на самом деле.

Продолжительность жизни выросла, но не удалось переломить даже в самых развитых странах тенденцию, когда более поздний возраст сопровождается более высокой степенью утраты способности к самообслуживанию. На рис. 1 приведены некоторые виды активностей в ходе ежедневной человеческой жизнедеятельности и уровень утраты самостоятельности по этим видам в зависимости от возраста.

График основан на данных статистики США, но вопрос релевантны ли они для нашей ситуации – не очень сложный. Зависимость от посторонней помощи, уровень утраты способности к самообслуживанию в первую очередь определяется состоянием здоровья. А состояние здоровья нашего населения, в том числе пожилого населения, намного хуже, чем в самых развитых странах, а также и в государствах с вполне средним уровнем дохода на душу населения.

Мы знаем точно, что вскоре произойдет изменение образа пожилого населения с точки зрения состояния его здоровья. Мы успешно лечим заболевания сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и прочие традиционные неинфекционные заболевания. Эти заболевания не вызывают или все в меньшей степени вызывают утрату способности к самообслуживанию. Основная тенденция – это наступление на человечество деменции и онкологии. Злокачественными опухолями в 2000 году в мире заболело 10 млн человек, а умерло около 8 млн. В 2015 году число заболевших стало 20 млн, умерших – около 13 млн человек. Особо угрожающе увеличивается бремя деменции.

Абсолютно точно известно, что сильно возрастает демографическая нагрузка, вследствие чего уменьшается отношение числа работающих к количеству пенсионеров. Мы также абсолютно точно знаем, что старение населения уже давно является источником возникновения «бюджетных ограничений» как в плане финансового обеспечения заботы о старшем поколении, так и с точки зрения недостатка трудовых ресурсов.

Недостаток трудовых ресурсов в секторе заботы о старшем поколении в первую очередь актуален для стран с высоким уровнем дохода, столкнувшихся с проблемами старения населения раньше Российской Федерации. Эта проблема предопределила возникновение во многих странах Европы практики организованного импорта трудовых ресурсов для сектора долгосрочного ухода из других стран на основе межправительственных соглашений.

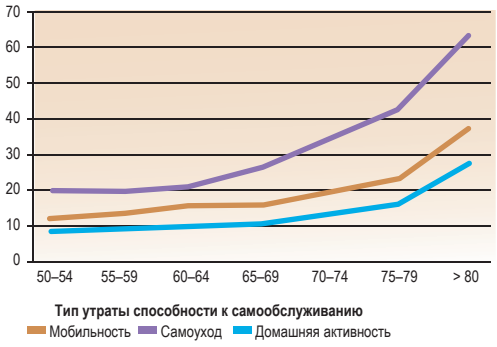


Рис. 1. Доля населения с дефицитом самообслуживания по возрастным группам

Как выглядит система обслуживания и поддержки людей, нуждающихся в посторонней опеке и заботе видно на рис. 2.

Очень часто при рассмотрении вопросов становления системы долгосрочного ухода происходит обращение к так называемым «международным стандартам», которых на самом деле не существует. Как правило, при разговоре о международных стандартах подразумевается страновой опыт

В 2015 году насчитывалось 46,8 млн человек живущих с деменцией. Это число удваивается каждые 20 лет и достигнет 74,7 млн в 2030 году и 131,5 млн в 2050 году.

Рис. 2. Система обслуживания и поддержки людей, нуждающихся в посторонней опеке и заботе

тех или иных государств. Важно достичь понимания того, что далеко не все полезные представления и знания могут быть почерпнуты из чужого опыта.

Например, мы не можем узнать, какой удельный вес ВВП нам направлять на систему долгосрочного ухода. Из рис. 3 видно, что в Дании на систему долгосрочного ухода тратится 4,5 % ВВП, а на Кипре меньше 0,3 %. Можно проводить анализ разными способами: считать дисперсию, корреляцию, взаимосвязи с самыми разыми макроэкономическими показателями, но никакой закономерности установить не удастся.

Анализируя зарубежный опыт, мы не сможем узнать так же и то, какой должна быть структура предоставления услуг – должны быть это частные или общественные услуги как с точки зрения формы собственности учреждений, которые предоставляют услуги, так и с точки зрения источников оплаты услуг (рис. 4).

Как мы видим, разброс национальных институциональных структур оказания помощи в ЕС, где этот вопрос изучается и считается, стохастичен и нельзя уловить закономерность. В данном случае к обычной диаграмме добавлена стрелка, которая цепляет два столбика. Оба эти столбика относятся к Бельгии, которая состоит из двух групп населения (франкоязычных валлонов и фламандцев, которые говорят на голландском языке). На графике отчетливо видно насколько существенной является разница в институциональной структуре предоставления помощи, среди территорий одной страны, различающихся по национальному составу населения. Дальше мы можем увидеть, какая большая разница между структурами помощи на территориях, населенных франкоговорящими валлонами в Бельгии и французами во Франции, и какая не менее отчетливая разница между структурой предоставления услуг во Фландрии и в Голландии. Вообще, мало кто говорит, насколько специфичен должен быть подход к организации предоставления услуг комплексной заботы о старшем поколении от места к месту, от региона к региону.

Единственный контекст, обсуждая который, обращается внимание на решающий характер уникального сочетания конкретных условий для формирования структуры и содержания услуг долгосрочного ухода, это контекст интегрированной (или комплексной, включающей объединение медицинского и социального компонента) помощи. Можно с уверенностью сказать, что осознание и понимание того факта, что интегрированная помощь всегда локальна, определена конкретными местными условиями является признаком, определяющим профессионализм участника дискуссии.

К сожалению, у нас при реформировании системы социальной защиты заметна болезненная тяга к всеобщей унификации, которая прокладывает путь по еще одному направлению поиска своего особенного и, как правило, «тупикового» пути. Тем, кто старается двигаться по этому пути, следовало бы обратить внимание, что разница между различными государствами, входящими в ЕС, намного менее значительна, чем между

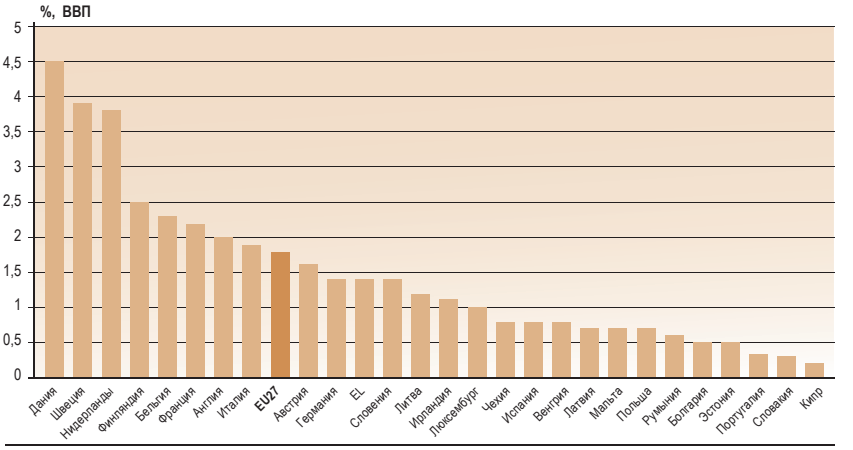


Рис. 3. Расходы на систему долгосрочного ухода как доля в ВВП в странах Европейского Союза

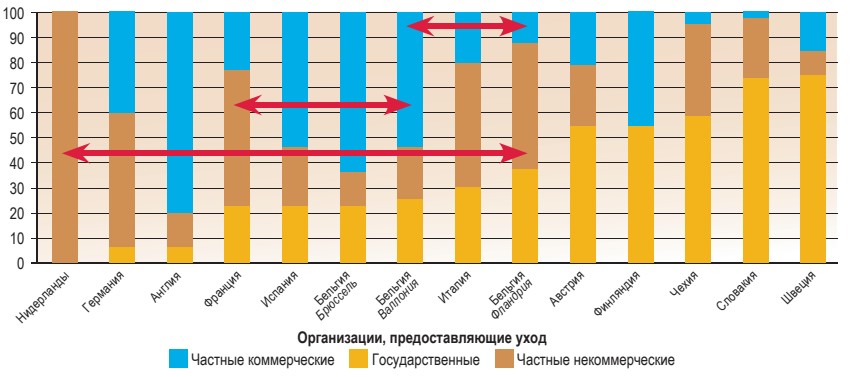


Рис. 4. Институциональная структура оказания долгосрочной помощи в некоторых странах Европейского Союза

субъектами, входящими в Российскую Федерацию.

Мы не можем узнать из чужого опыта также и о том, в какой форме обслуживания должна предоставляться помощь. Разброс, который имеет место по данному показателю, не дает возможности определить зависимость структуры помощи ни по географии (север, юг, центр), ни по преобладающей религии (католики, протестанты, православные), ни по уровню развития (ВВП на душу населения) (рис. 5).

Вместе с тем есть проблемы, о которых мы сможем достаточно точно судить, проанализировав чужой опыт. В первую очередь, это касается так называемого «стационарозамещения» или «деинституционализации». Мода на продвижение этого понятия пришла к нам из стран с большой долей населения в старческом возрасте и высоким уровнем дохода. Продвижение идеи деинституционализации исходит из того, что размещать в стационары пожилых людей не очень хорошо и лучше их обслуживать на дому.

Анализ достоверных данных о количестве стационарных мест в тех странах, в том числе европейских, где удельный вес пожилых людей, которые получают услуги в стационарных учреждениях, действительно высокий (приблизительно в 10 раз выше чем в России), показывает, что там происходит снижение мест в стационарных учреждениях (рис. 6). Но в целом, во всех странах, о которых имеет смысл здесь говорить, идет увеличение мест в учреждениях организованного проживания или они существенно не снижаются. Поэтому нам, имея ничтожно мало мест в стационарных учреждениях, следует говорить о «деинституционализации (стационарозамещении)».

Очевидно, что люди должны жить дома настолько долго, насколько возможно – это естественно. Но когда им нужна помощь и нельзя эту помощь предоставить на дому, они должны переехать туда, где им можно помочь и обеспечить достойное качество жизни. Данные большого исследования, проведенного в США в домах престарелых и службах, осуществляющих надомный уход на близлежащих территориях, четко показали, какая большая разница между подопечными стационаров и людьми, получающими медико-социальную помощь на дому (рис. 7).

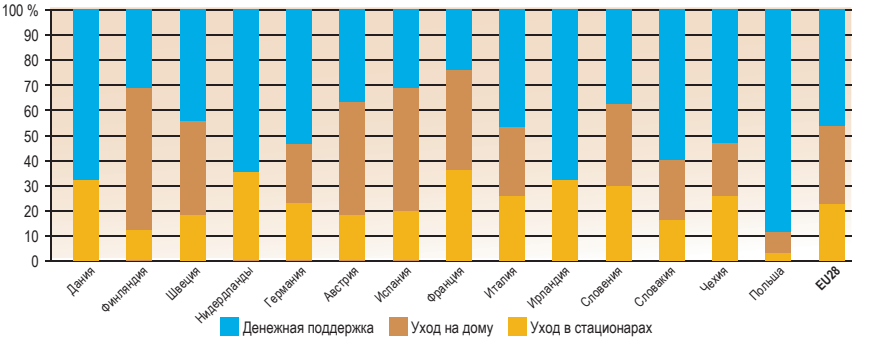


Рис. 5. Структура помощи людям с дефицитом самообслуживания в ЕС и его отдельных странах, 2018 год (% от общего странового объема)

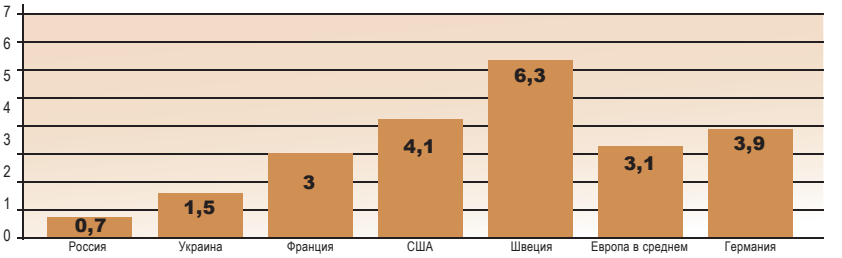


Рис. 6. Количество мест в стационарных учреждениях медико-социальной помощи на 1000 человек в возрасте 65+

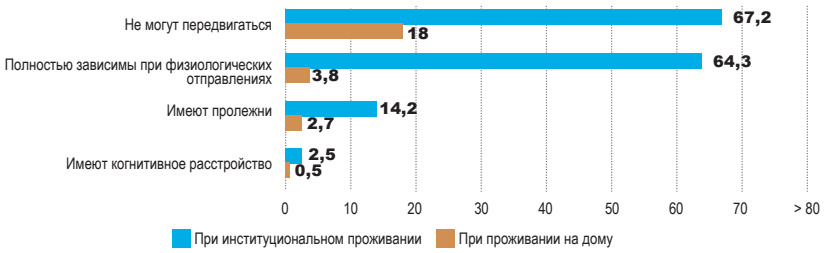


Рис. 7. Способность к самообслуживанию лиц проживающих в стационарных учреждениях медико-социальной помощи и получающих услуги на дому в сопоставимом возрасте

После того, как мы посмотрим на рисунок 7, вопросов, почему подопечные стационаров получают медико-социальную помощь именно в стационарных условиях, уже не возникает. Скорее всего, они получают медико-социальную помощь в институциональных условиях потому, что они намного больше зависимы от посторонней помощи, и на дому оказать им ее просто невозможно.

Общепризнанно, в том числе на международном уровне (что подтверждается официальными выводами ВОЗ), что интересы, права и потребности пожилых людей, которые относятся к наиболее уязвимой части населения, подвергаются повышенным рискам именно в условиях проживания в стационарных учреждениях долгосрочного ухода.

Истоки, первопричины этого кроются, на мой взгляд, в том, что стационарные учреждения долгосрочного ухода появились как «реинкарнация» больниц и унаследовали от них нацеленный на выполнение поставленных «сверху» и спущенных по «вертикали» задач (task centered). Подход, содержащий в себе опасность и возможность переноса интересов и потребностей пациента «здесь и сейчас» на второй план, исходя из приоритетов спасения его жизни и сохранения его здоровья. В пользу оправданности такого предположения говорит

и тот факт, что первые стационарные учреждения долгосрочного ухода сформировались, а во многих странах продолжают не только функционировать, но и создаваться в качестве «медицинских общежитий», пусть и все более благоустроенных.

«Деинституционализация» учреждений долгосрочного ухода в контексте упразднения подхода «медицинского общежития» уместна как в плане организации жизненного пространства внутри учреждений, так и в разрезе содержания и правил функционирования этих учреждений. Важен переход от подхода, ориентированного на выполнение генерируемых по вертикали задач, к идеологии, сконцентрированной на удовлетворении потребностей получателя услуг, обеспечении его прав и достойного качества жизни (person centered).

Современная концепция и подход уже не предполагают дальнейшее развитие и усовершенствование медицинских общежитий (поскольку это сделать в принципе невозможно), а переход к так называемой системе абилитационного проживания, когда в стационарных учреждениях атмосфера должна быть приближена к домашней во всех возможных измерениях.

Проведенные сравнения уже работающих систем абилитационного проживания в странах с высоким уровнем дохода с моделями медицинского общежития показывают, что с финансово-экономической точки зрения новый подход может быть реализован с результатами лучшими или равными тем, которые были раньше, а с точки зрения прав человека и качества жизни, преимущества нового подхода неоспоримы.

На основе анализа самых передовых и современных наилучших практик мной разработана концептуальная модель абилитационного проживания «Добрая обитель», которая способна решить многие проблемы модернизации системы социального обслуживания и развития долгосрочного ухода, в том числе болезненные вопросы реформы психоневрологических интернатов.

В контексте рассмотрения данной концепции, предметами для дискуссии как правило выступают две проблемы: вопрос предоставления медицинской помощи в рамках рассматриваемой концепции и правомерность обоснования размера учреждения.

К сожалению, составной частью нашей действительности продолжают оставаться огромные учреждения стационарного обслуживания, которые иногда, обращая внимание на недопустимость формируемой там реальности, называют «складами для престарелых».

В рамках дискуссии о новом образе отечественной системы социального обслуживания было принято решение о том, что размер отечественных учреждений социального обслуживания действительно чрезмерно велик и его следовало бы уменьшить. Проведенный Минстроем и Минтрудом России конкурс на создание проектов современных учреждений социального обслуживания, ориентировал разработчиков на размер в 150 коек. Это дает нам право предположить, что такой размер является «оптимальным». Единственным аргументом «экспертов» в пользу повсеместного применения такого стандарта является ссылка на то, что этот размер нормален для стран с развитым сектором стационарного социального обслуживания, среди которых в первую очередь Государство Израиль.

Поскольку не приходиться говорить о каких-либо других заслуживающих серьезного внимания аргументах или дискуссиях по поводу определения объективных (или хотя бы разумных) критериев выбора «оптимального» размера стационарного учреждения социального обслуживания, постараемся восполнить это белое пятно.

Если исходить из приоритета качества жизни и прав получателей услуг следует иметь в виду, что основными рисками игнорирования этого приоритета являются старческое одиночество, чувство ненужности и непреодолимой грусти. Из-за

Табл. 1. **СОДЕРЖАНИЕ КОНЦЕПЦИИ «ДОБРАЯ ОБИТЕЛЬ»**

ДОМЕН	ОПИСАНИЕ
Философия подхода	Ориентирована на небольшой размер учреждения, но предполагает возможность оказания полного спектра услуг по компенсации дефицита в любых видах активности в рамках ежедневной жизнедеятельности, клинических услуг и медико-социальной помощи, которые предоставляются при реализации подхода «Медицинского общежития».
Архитектура	Предполагается наличие решений, ориентированных на симуляцию домашнего пространства с целью создания условий, дополнительно учитывающих специфические потребности получателей услуг. Включает, помимо спальни (жилой комнаты), пространства и помещения, имитирующие столовую, кухню, гостиную, кабинет. Декорация жилых комнат (цвет, отделка, элементы мебели) должна быть индивидуальной.
Композиция	Получатели услуг объединяются в «сообщества», размещаемые в рамках одного жилого комплекса – набора жилых комнат и зон совместного пользования, формирующего «общину». Предполагаемая величина общины 6, 8, 10 или 12 человек, а максимально допустимой величиной «общины» считается 24 человека. 50 % комнат должны быть одноместными.
Размер	Не должно предполагаться проживание более 50 человек в одном учреждении.
Технологические решения	Используются специальные технологии и конструктивные особенности, которые повышают конфиденциальность, независимость, уважение и безопасность посредством детального (с указанием рекомендованных манипуляционных техник и технических средств) и индивидуального планирования ухода, учета и контроля выполнения планов ухода с использованием средств коммуникации и связи.
Философия ухода	Уход осуществляется самоуправляемой рабочей командой из Опекунов (покровителей), объединяющих в себе знания, навыки и компетенции, которые в традиционных моделях обслуживания распределены по функционалу различных должностей. Все работы и обязанности по оказанию помощи и заботы «сообществам (общинам)» разделяет между собой и осуществляет команда.
Финансовая жизнеспособность	Новая философия ухода является основным фактором, определяющим финансовую предпочтительность новой модели. Достигается преимущество за счет того, что работа в соответствии с новой философией перемещает и совмещает рабочие часы отдельных должностей, даже относящихся в традиционной модели к разным структурным подразделениям, в универсальную роль Опекуна (покровителя) и единую самоуправляемую рабочую группу.

переезда в стационарное учреждение социального обслуживания основным драйвером появления или усиления этих рисков будет разрыв существовавших до этого социальных связей.

Лежащими на поверхности объективными факторами, которые могут способствовать или препятствовать поддержанию социальных связей, будет расстояние от места жительства до учреждения социального обслуживания и его доступность (количество времени достаточное для посещения).

Поэтому аргументирование такого размера учреждений социального обслуживания распространенностью (при том, как правило, мнимой, а не фактической) в других странах является лишь показателем непонимания глубины проблематики «экспертами», применяющими подобную аргументацию. Конкретно про Израиль можно сказать, что он, при сопоставимости населения с населением Московской области, занимает территорию, составляющую 45 % площади Московской области. А по сравнению с большинством других субъектов РФ, которые в разы уступают ему по численности населения, в плане территории, является просто «пятнышком» на их картах (например 26 % от Калмыкии, 11 % от Карелии и 2,5 % от Хабаровского края.)

Приведенные на рисунке 8 данные, если рассматривать их в страновом аспекте, указывают, что и государственные и частные учреждения более крупного размера присущи наиболее маленьким странам. Таким как Словения: площадь 20 273 км^2, население 2066 тыс. человек, средний размер общественного стационарного учреждения социального обслуживания 260,6 коек; Мальта: площадь 316 км^2, население 493 тыс. человек средний размер общественного стационарного учреждения социального обслуживания 179,9 коек. Если их рассматривать в разрезе структуры собственности, то можно заметить, что общественные (государственные или муниципальные) учреждения стационарного социального обслуживания, как правило, несколько превосходят по размеру негосударственные (частные коммерческие

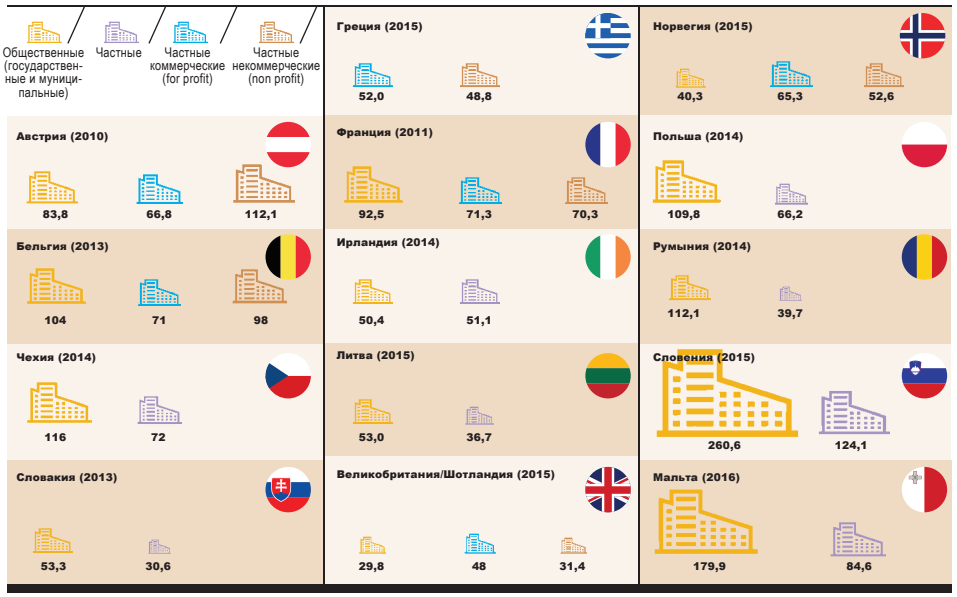


Рис. 8. Средний размер учреждения (койко-места) социального обслуживания по формам собственности в отдельных странах ЕС

и принадлежащие некоммерческим организациям) учреждения.

За рубежом одним из основных контраргументов против уменьшения размеров стационарных учреждений социального обслуживания и их «деинституционализации», в русле использования подходов абилитационного проживания, является апеллирование к ограниченной возможности объединения трудовых ролей в одной единице персонала, совокупность которых создает самоуправляемую команду состоящую из полностью взаимозаменяемых членов. В первую очередь это касается сложных, специальных компонентов заботы о пожилых людях с дефицитом самообслуживания, таких как медико-социальное обслуживание и предоставление медицинских услуг.

Проблемы социального обслуживания в стационарах такого рода могут быть успешно решены путем использования современных технологий, цифровизации. Применение современных технологий может экономить рабочую силу – за счет сокращения часов работы, необходимых на выполнение сопоставимого объема манипуляций. Современные технологии могут улучшить качество: резко увеличивается возможность повышения соответствия производимых манипуляций существующим одобренным алгоритмам и методикам. Технологии также могут помочь скорректировать условия, в которых осуществляется уход исходя из интересов получателя услуг, а также скорректировать манипуляции и техники предоставления ухода и рекомендации по применению тех или иных средств. Наконец широкое использование технологий телемедицины создает безграничные возможности для решения проблем, связанных с предоставлением консультационно-диагностических медицинских услуг в стационарных социальных учреждениях нового типа и малого размера.

Подводя итоги, можно сказать, что применение новых подходов, технологий телеухода и телемедицины, правильный подбор техник и манипуляций, инструментария, технических инструментов и средств ухода – очень хорошо, но все это никогда и нигде не сможет заменить человеческую заботу, если мы не хотим потерять качество. Необходимо уделять очень много внимания ценностно-смысловым и мировоззренческим аспектам в программах обучения линейного персонала, особенно в применении к подготовке членов самоуправляемых команд, которые смогут обеспечивать успешную деятельность моделей абилитационного проживания, а также развивать у них так называемые мягкие навыки. ■

УЧИМ ЗАБОТЕ

Пожилой возраст связан с различными видами дисфункций, снижением или потерей физической формы, а также с разнообразными заболеваниями. Растущее число людей, нуждающихся в профессиональной помощи, означает увеличение потребности в персонале по уходу.

Чтобы удовлетворить огромный спрос в области обучения медицинского и социального персонала, группой компаний TZMO был создан Европейский центр долгосрочной опеки (ЕЦДО). Первые учебные центры TZMO открыла в Польше: в 2008 году была основана школа медицинских опекунов в Торуни, в 2012 году – в Быдгоще, а в 2017 начала свою деятельность школа в Варшаве. В Польше в ЕЦДО обучают профессии медицинского опекуна, которая была введена министерством здравоохранения республики в список медицинских работников в сентябре 2007 года. Это является ответом на растущий дефицит медсестер и растущий спрос на персонал, оказывающий услуги по уходу.

В России, как и в других странах, изменение социальной структуры общества диктует новые условия построения системы долговременного ухода. Увеличение количества людей, нуждающихся в заботе, и вместе с тем недостаток квалифицированных сотрудников, занятых в уходе, на первый план выводят задачу профессионального образования.

В 2016 году в России открылся первый Учебный центр «ЕЦДО» в Москве. На сегодняшний день в нашей стране действуют четыре лицензированных учебных центра «ЕЦДО»: в Москве, Новосибирске, Ростове-на-Дону и Нижнем Новгороде. Квалифицированный преподавательский состав, помимо предоставления профессиональных знаний, старается привить слушателям готовность постоянно развивать свои навыки и поддерживает их в стремлении стать профессионалами на европейском уровне.

МОСКВА

В 2016 году для реализации программ дополнительного профессионального образования в области создания системы адресной соци-

альной защиты различных категорий населения, реализации программ информационной и образовательной поддержки, развития социального обеспечения и благотворительности в Москве был создан первый в России Учебный центр дополнительного профессионального образования «Европейский центр долгосрочной опеки» (УЦ ДПО «ЕЦДО»).

Одним из приоритетных направлений деятельности УЦ ДПО «ЕЦДО» является профессиональное обучение всех заинтересованных в оказании услуг общего ухода и помощи лицам, нуждающимся в постороннем уходе.

Обучение в Учебном центре проходит по программам повышения квалификации, на семинарах и тренингах. Основными слушателями являются специалисты социальной сферы, средний и младший медицинский персонал, врачи, сотрудники хосписов, интернатов, благотворительных организаций, опекуны. За весь период существования Учебного центра в нем прошли обучение представители более 100 московских и региональных организаций.

Для подготовки высокопрофессиональных и конкурентоспособных специалистов, которые смогут обеспечивать качественный уход за тяжелобольными и пожилыми людьми, Учебный центр реализует программу «Организация и выполнение мероприятий по уходу за тяжелобольным или пожилым человеком» в объеме 72 академических часов. Во время обучения рассматриваются психологические аспекты в работе с тяжелобольными людьми и их родственниками, современные технологии в работе с хроническими ранами, доврачебная помощь в неотложных состояниях, способы безопасного перемещения пациентов.

Программу реализует команда высококвалифицированных педагогов с многолетним практическим опытом работы. Обучение проходит в оборудованных учебных классах с использованием современных учебно-методических материалов и периодических изданий.

В Москве прошли обучение представители более 100 медицинских и социальных организаций

По окончании обучения лицам, успешно освоившим программу и прошедшим итоговую аттестацию, выдается удостоверение о повышении квалификации. По результатам посещения семинаров и тренингов выдается сертификат установленного образца.

В планах деятельности УЦ ДПО «ЕЦДО» на 2020 год стоит реализация программы профессионального обучения «Сиделка (помощник по уходу)» по подготовке специалистов по оказанию услуг общего ухода, приему пищи, вопросам повседневного наблюдения за самочувствием и состоянием здоровья лиц, нуждающихся в постороннем уходе, обеспечению досуга таких лиц и так далее. Ожидается, что программа заинтересует сотрудников социальной сферы, благотворительных фондов, сиделок отделений милосердия в домах-интернатах, активных граждан старшего возраста с целью трудоустройства по профессии «Сиделка (помощник по уходу)».

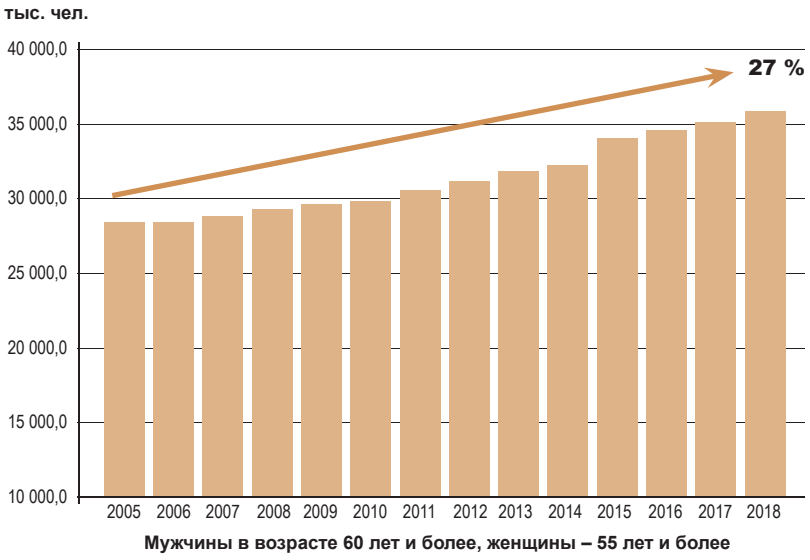
Деятельность московского УЦ ДПО «ЕЦДО», по результатам ежегодной программы «Лучшие социальные проекты России», признана одной из лучших в области образования и науки.

НОВОСИБИРСК

Учебный центр «Европейский центр долгосрочной опеки» в Новосибирске был создан в начале 2017 года.

Учебная программа включает в себя пять основных модулей: психологические аспекты в работе с тяжелобольным и его родственниками, основы ухода за тяжелобольным или пожилым человеком, современные технологии в работе с хроническими ранами, первая доврачебная помощь в неотложных ситуациях, безопасное переме-

ДИНАМИКА ЧИСЛЕННОСТИ ГРАЖДАН СТАРШЕГО ВОЗРАСТА В РОССИИ ЗА 14 ЛЕТ



Источник: Федеральная служба Государственной статистики

УЦ «ЕЦДО» в Новосибирске принимает активное участие в организации социальных мероприятий

щение тяжелобольных пациентов. Указанные модули – это рабочий организм, который постоянно изменяется, дополняется и адаптируется под потребности наших слушателей.

Образование, как известно, необходимо всем, чтобы формировать профессиональную среду в медицинских и социальных учреждениях. УЦ «ЕЦДО» проводит обучение для специалистов социальных служб, среднего, младшего медицинского персонала ЛПУ, домов-интернатов, хосписов, благотворительных фондов, специализированных организаций, предоставляющих услуги в области долговременного ухода.

Инициативу образовательного проекта УЦ «ЕЦДО» поддерживает департамент по социальной политике мэрии Новосибирска, начиная с 2017 года, в виде субсидии в сфере социальной политики. Основной целью предоставления субсидии является повышение уровня знаний и усовершенствование навыков ухаживающих лиц; формирование правильного отношения к вопросам укрепления здоровья и профилактики заболеваний, методов их лечения путем проведения циклов обучения, групповых и индивидуальных занятий для лиц, осуществляющих уход за инвалидами, престарелыми гражданами на дому; а также развитие навыков ухода. Количество получателей услуг к концу 2019 году составляет более 1800 человек.

На сегодняшний момент УЦ «ЕЦДО» принимает активное участие в организации социальных мероприятий: выставок и конференций на территории Сибири и Дальнего Востока, в том числе и в формате привлечения иностранных специалистов. Это дает возможность обмениваться опытом и решать самые сложные задачи нашим слушателям.

29–30 августа 2019 года, в рамках форума «Новосибирск – город безграничных возможностей», при поддержке департамента по социальной политики мэрии Новосибирска, был проведен международный семинар: «Безопасная среда для граждан, зависимых от посторонней помощи. Главные аспекты в оказании ухода за маломобильными людьми». Спикеры: Малгожата Емиоло (главный врач Центра лечебного и паллиативного ухода, Польша), Рафал Яхыра (магистр физиотерапии Жешувского университета, преподаватель центра повышения квалификации медицинского персонала и акушеров, Польша), а также Клавдия Консон (директор отделения Южного Округа компании «Бабайт», Израиль). Гости форума высоко оценили уровень подготовки иностранных специалистов и выразили надежду, что подобное профессиональное обучение будет проходить на постоянной основе в Новосибирске.

Учебный центр «ЕЦДО» сотрудничает с профессиональными ассоциациями, чтобы сделать обучение для медицинских специалистов еще доступнее. Представители Новосибирской ассоциации врачей посетили ознакомительную презентацию по образовательной деятельности ЕЦДО и выразили огромную заинтересованность в повышении уровня знаний медицинских специалистов. В 2020 году будет разработана уникальная экспресс-программа для обучения врачей и медицинских сестер, в том числе паллиативных отделений и кабинетов по пяти основным направлениям. Потребность в знаниях подтвердили более 380 специалистов из ЛПУ Новосибирска и Новосибирской области.

РОСТОВ-НА-ДОНУ

В Ростове-на-Дону Учебный центр «Европейский центр долгосрочной опеки» начал свою работу в конце 2018 года. За это время более ста специалистов Ростовской области в сфере долговременного ухода прошли обучение по программе «Организация и проведение мероприятий по уходу и реабилитации за тяжелобольным или пожилым человеком». Преподаватели учебного центра провели более 20 различных семинаров и тренингов для среднего и младшего медицинского персонала, социальных работников, руководителей и заведующих центров социального обслуживания и стационарных учреждений, патронажных работников на территории Ростовской, Волгоградской, Астраханской областей, Краснодарского края и Республики Калмыкия.

В рамках соглашения, совместно с районным отделением общественной организации Российский Красный Крест, был реализован образовательный проект «Мы с вами», который получил поддержку Фонда президентских грантов. В рамках этого проекта обучение прошли 150 человек. Учебный центр активно сотрудничает с региональным отде-

В учебном центре в Ростове-на-Дону можно получить качественные комплексные знания в области долговременного ухода

лением благотворительного фонда «Старость в радость», проводит тренинги по основам ухода за пожилыми людьми и инвалидами для сотрудников домов-интернатов и центров социального обеспечения.

УЦ ДПО «ЕЦДО» в Ростове-на-Дону стремится совершенствовать свои образовательные программы и старается соответствовать потребностями современного мира. К сожалению, в последнее время вопросы, связанные с паллиативным уходом, становятся все более актуальными. В начале XXI века наблюдается глобальное старение населения и рост неизлечимых прогрессирующих заболеваний или состояний, которые приводят к преждевременной смерти. Такие больные нуждаются в специализированной медико-социальной помощи. Для подготовки специалистов в сфере паллиативной медицинской помощи в 2020 году начнется обучение по программе повышения квалификации «Организация оказания паллиативной медицинской помощи населению». Программа разработана совместно с Ассоциацией профессиональных участников хосписной помощи.

Пройдя обучение по этой программе, слушатели получат профессиональные знания о порядке проведения санитарной обработки и по гигиеническому уходу за паллиативными пациентами, познакомятся с современными методиками и видами средств ухода, изучат условия безопасной транспортировки и перемещения, познакомятся с основами коммуникации и особенностями психологической помощи, получат навыки профилактики вторичных заболеваний при постельном режиме, а также сформируют знания по нормативной базе законодательства РФ и государственных программ по паллиативной помощи.

На сегодняшний день «Европейский центр долгосрочной опеки» в Ростове-на-Дону – это единственный в регионе учебный центр, позволяющий получить качественные комплексные профессиональные знания в области долговременного ухода за тяжелобольными, инвалидами, пожилыми людьми.

НИЖНИЙ НОВГОРОД

«Европейский центр долгосрочной опеки» в Нижнем Новгороде открыл двери слушателям в октябре 2019 года и стал уже четвертым центром в России, реализующим программы дополнительного профессионального образования и дополнительного образования детей и взрослых в области создания системы адресной социальной помощи различным категориям населения, программы информационной и образовательной поддержки по вопросам социального ухода за тяжелобольными и пожилыми людьми, способствующие развитию социального обеспечения и благотворительности.

В октябре 2019 года первая группа слушателей прошла обучение по программе «Организация и проведение мероприятий по уходу и реабилитации тяжелобольного или пожилого человека» (72 часа). Медицинские сестры и врачи отделений и кабинетов паллиативной медицинской помощи, реанимационных отделений, хосписа, специалисты из сферы социальной поддержки населения Нижнего Новгорода и области, сиделки из домов-интернатов для престарелых осваивали навыки ухода и реабилитации.

Особенность учебного процесса ЕЦДО – практические занятия, которые проходят в хосписном отделении ГБУЗ НО ГБ № 47 Ленинского района г. Нижнего Новгорода. Слушатели осваивают приемы гигиенического ухода с использованием современных средств, правила кормления, организации пространства и непосредственного общения с тяжелобольными людьми. Среди преподавателей Учебного центра ведущие специалисты медицинских организаций Нижнего Новгорода.

Учебный центр ДПО «Европейский центр долгосрочной опеки» ставит перед собой цель практического обучения специалистов, осуществляющих уход, в результате которого каждый обучающийся станет обладателем уникальных компетенций по уходу за тяжелобольными и пожилыми людьми, разработанных европейскими экспертами.

В октябре 2019 г. первая группа прошла обучение в Нижнем Новгороде

В период реализации в Нижегородской области пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода в части социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, проведение обучающих программ по уходу является уникальной возможностью подготовки высококвалифицированных и конкурентоспособных специалистов.

* * *

Группа компаний TZMO, объединяющая 58 компаний по всему миру, не останавливается на достигнутом и продолжает свою социальную деятельность, связанную с развитием образовательных проектов.

Недавно в Каунасе открылся первый в Литве центр консультаций по уходу за больными SIDABRA. В нем могут пройти обучение люди, ухаживающие за своими близкими, и специалисты по уходу за тяжелобольными и пожилыми людьми.

Есть планы по расширению образовательных проектов в России: ожидается открытие учебных центров в Санкт-Петербурге и Екатеринбурге.

Только обладая профессиональными знаниями и постоянно обучаясь новому, мы сможем изменить ситуацию в долгосрочной опеке. ■

В подготовке материала принимали участие: Оксана Кальницкая, Ольга Карева , Анна Елецкая, Анастасия Семенова.

ПРОФЕССИОНАЛИЗМ И ВНИМАНИЕ К ЛЮДЯМ

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА В НИДЕРЛАНДАХ

Игорь Олегович ПОЛУБОЯРЦЕВ, *заместитель управляющего гериатрическим центром «Жуковка» по работе со средним медицинским персоналом*

Нидерланды – одно из немногих государств в Европе, которое может похвастаться наличием развитой системы долговременного ухода в стране, и что наиболее важно, система функционирует уже более 40 лет, реформа долгосрочного ухода проходит каждые 10 лет, учитывая изменения в демографическом составе населения.

Плановое строительство, развитое в Голландии, строго подчиняется экономическим и демографическим прогнозам на определенное количество времени (как правило, это 10 лет). И следовательно, шансы, что нуждающийся в долговременном уходе гражданин не получит законный комплект услуг, сводится к нулю.

СТРУКТУРА СИСТЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА В НИДЕРЛАНДАХ

Для того, чтобы представление о долговременном уходе в Нидерландах было целостным, необходимо сразу понять, что основной принцип оценки нуждаемости в нем выявительный, а не заявительный. То есть система долговременного ухода построена таким образом, что все нуждающиеся в ней люди видны системе на самых ранних этапах. В Голландии существует единое министерство здравоохранения, спорта и социального развития, в ведомстве которого находятся вопросы, связанные с долговременным уходом.

Приведем конкретный пример. Пожилой возраст в Нидерландах начинается с 67 лет (именно в этом воз-

расте мужчины и женщины выходят на пенсию), а значит вероятность возраст–ассоциированных заболеваний и состояний увеличивается. Каждый пожилой человек подлежит обязательному осмотру врача-гериатра при обращении в больницу или в амбулаторное учреждение (в случае Голландии это офис семейного врача). Если количество обращений увеличивается в течение года, а также прогрессируют заболевания, приводящие к росту зависимости от посторонней помощи (болезнь Альцгеймера, деменция, сердечная недостаточность, бронхиальная астма и пр.), то гериатр принимает решение о проведении комплексной гериатрической оценки. Проводится комплекс обследований и специализированных тестов, направленных на выявление гериатрических синдромов и объема снижения функций самообслуживания: соблюдение гигиены, прием пищи, перемещение, общение, способность выстраивать социальные контакты. Данные обследования и тесты проводятся по специализированным гериатрическим шкалам. Все результаты направляются доктором в специализированную социальную службу Centrum Indicatiestelling Zorg, что дословно переводится как «Центр оценки нуждаемости в уходе». Специалисты службы не медики, а социальные работники, обученные оценочным тестам и имеющие представление обо всех центрах долговременного ухода в вверенном им регионе обслуживания.

Задача социальных работников «Центра оценки нуждаемости в уходе» в первую очередь определить в каких именно услугах нуждается гражданин: надомное обслуживание, ассистированное проживание или стационарное учреждение (дом сестринского ухода или дом по уходу), также определить частоту предоставляемых услуг. Как они это делают? В первую очередь берут заключение врача, в котором должно содержаться подробное описание обоснования диагноза, служащее основанием для направления на получение услуг долговременного ухода. Затем социальные работники связываются с представителями Национальной организации страхования граждан (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten или просто AWBZ) и выясняют финансовые возможности гражданина для покрытия услуг долговременного ухода: количество пенсионных накоплений, наличие свободных денежных средств на счете, наличие недвижимого имущества в собственности или наличие наследства. Исходя из показателей оценки здоровья, функциональных возможностей человека и его финансового состояния, гражданину Нидерландов присваивается индикатор нуждаемости в уходе от 1 до 10. То есть в Нидерландах существует 10 групп ухода, для каждой группы свой набор услуг. Далее социальный координатор утверждает в своем ведомстве индикатор ухода и находит необходимую организацию, занимающуюся предоставлением услуг, а также обеспечивает транспортировку подопечного или приход помощников по уходу на дом.

ОСНОВНЫЕ ШКАЛЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ГОЛЛАНДИИ

- В первую очередь, конечно, голландцы используют шкалу Бартела для оценки функциональной активности, с помощью которой выявляют, что человек может делать сам, а в какой области самообслуживания нужна помощь.
- Catherine Bergego Scale (CBS-шкала). Применяется у подопечных, перенесших инсульт и направляемых в учреждение долговременного ухода в связи с последствиями инсульта (гемиплегия, двигательные нарушения, нарушения глотания) для оценки функциональной, двигательной и мобильной способностей, а также возможности возвращения части функций.
- Шкала делириозной готовности (DOSS), которая помогает оценить риск появления делирия у подопечных, страдающих деменцией и болезнью Альцгеймера.
- Шкала оценки риска падения Морсе.

ОЦЕНКА НУЖДАЕМОСТИ В ДОЛГОВРЕМЕННОМ УХОДЕ

Пришло время рассказать более подробно, как проходит оценка нуждаемости в уходе, то есть как присваивается один из 10 индикаторов ухода. Разберем подробно инструменты, позволяющие оценить человека комплексно со всех сторон. Речь идет о шкалах. Хочу отметить, что в Нидерландах это не просто опросник, а комплект шкал, в том числе направленных на выявление дефицита самостоятельного движения и выявление ограниченности ресурсов, влияющих на самостоятельное перемещение.

Если подопечный страдает редким заболеваниям, приводящим к инвалидизации, то для него используют дополнительные шкалы. Также у подопечных с деменцией исследуется когнитивная сфера посредством известных в России шкал MMSE (Mini-mental Test Examination) и Clock. А вот шкала GDS используется только в варианте GDS 30. Чем «тяжелее» функциональный и медицинский статусы, тем большее количество баллов набирает человек и тем более высокий индикатор ухода он получает. Если человеку присваивается индикатор ухода от 6 и выше, то однозначно, он будет помещен в стационарное учреждение долговременного ухода.

ОРГАНИЗАЦИЯ УХОДА: ФИНАНСИРОВАНИЕ, КАДРЫ, ВИДЫ УСЛУГ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА

В Нидерландах много учреждений, оказывающих социальные услуги, включая услуги долговременного ухода. В целом их можно классифицировать следующим образом:

1. **Уход, осуществляемый близкими людьми или родственниками.** Самый выгодный, с точки зрения экономики. Основная часть средств на уход идет из бюджета семьи, государство компенсирует часть денежных средств на покупку средств гигиены, урологического белья (подгузники, урологические трусы и пр.). Имеется четкая тенденция по стимулированию семей осуществлять уход на дому, пока состояние подопечного не требует иного.
2. **Уход на дому, осуществляемый профессиональными помощниками по уходу.** Более затратный вид услуг долговременного ухода, так как приходится привлекать к работе профессиональных специалистов (помощник по уходу – специалист с образованием от одного года до четырех лет, дипломированный специалист). Посещение предусматривается от одного до трех раз в день, возможен приход двух специалистов по уходу, если того требует состояние подопечного.

3 Ну и наконец, самый затратный вид ухода – **размещение подопечного в доме по уходу** (доме сестринского ухода). Дома по уходу в Нидерландах одни самых продуманных в смысле планировочных решений: работа персонала строго структурирована и отстроена с точностью швейцарских часов. Для Нидерландов также характерна высокая техническая оснащенность учреждений: подъемники, вертикализаторы, электрические средства передвижения подопечных. Поражает, насколько продуманы средства перемещения. Существуют специальные устройства для людей с контрактурами, с миастенией.

В среднем в стране сложно найти дом по уходу с количеством мест более 100 человек. Чаще всего от 30 до 70 подопечных. В одном отделении находится 7–8 человек. Расстановка персонала зависит от тяжести и от типа отделений. Отделения бывают соматические (там находятся подопечные, страдающие деменцией, болезнью Альцгеймера или любой другой патологией, исключающей психиатрию), психогериатрические, где находятся подопечные страдающие психическими заболеваниями и деменцией и последний вид отделений – паллиативные. Так вот в соматических отделениях на восемь человек работает один помощник по уходу. В психогериатрических и паллиативных два помощника по уходу на восемь человек. Обратите внимание, что медицинская сестра работает порой одна на 100 человек, в некоторых домах по уходу медицинская сестра работает всего несколько раз в неделю. Напрашивается вопрос: «Как так?». Все дело в том, что помощник по уходу в учреждениях гериатрии в Нидерландах – это дипломированный специалист.

Существует четыре уровня помощников по уходу.

• **Первый уровень** включает в себя подготовку от 12 до 16 месяцев (в зависимости от программы подготовки) и дает право на выполнение простых уходовых процедур: гигиена, умывание, смена зубных протезов, блендирование и сервировка пищи, помощь в принятии душа. Помощникам первого уровня нельзя самостоятельно помогать с перемещением, так как они не владеют принятой на государственном уровне техникой помощи при перемещении. Для этого нужно учиться еще год.

• **Второй уровень** – это помощники, прошедшие дополнительное обучение по перемещению пожилых и маломобильных людей, углубленную подготовку по анатомии и физиологии человека, по оказанию первой помощи и знают основы фармакологии. Им разрешается работать самостоятельно, но не разрешается участвовать в помощи при принятии лекарственных средств.

• **Третий уровень** – это помощники, прошедшие обучение фармакологии, оценке функционального состояния подопечного, выявлению потребностей, составлению планов ухода и постановке уретральных катетеров.

• **Четвертый уровень** – помощники, обученные всем вышеуказанным компетенциям, а также навыкам постановки подкожных и внутримышечных инъекций. Это самый высокий уровень и его можно сравнить с уровнем наших медицинских сестер, объем изучаемого материала примерно одинаковый.

Как видим уровень компетенции помощников по уходу огромный. Чем же занимается медицинская сестра? Медицинская сестра чаще всего выполняет функции менеджера процессов и координации, также она активно составляет и корректирует планы ухода, проводит более сложные манипуляции: катетеризация вен, постановка инфузий, установка назогастральных зондов.

Дома сестринского ухода в Нидерландах имеют высокую техническую оснащенность, в том числе вертикализаторами

Все специалисты проходят курс использования индивидуальных средств реабилитации: от ходунков до моторизированных инвалидных колясок.

Врач в доме по уходу явление довольно редкое. Их функции выполняют PA (Physician Assistant). Это аналог такой профессии в России как фельдшер. То есть PA имеет право проводить диагностику и назначать лечение (кроме психотропных препаратов – для этого нужен психиатр), выписывать рецепты и принимать решение о дальнейшей тактике лечения. В целом нагрузка на PA 300 человек, соответственно один специалист PA ведет иногда по 3–4 дома сестринского ухода.

Стандарты оказания медицинской помощи по гериатрии в Нидерландах предусматривают осмотр подопечных не более одного раза в шесть месяцев или по необходимости. Осматривает врач (повторюсь, врач в доме по уходу в Нидерландах нечастый гость), но чаще всего PA, плановые анализы берутся один раз в год либо опять же по необходимости. Приоритет в лекарственной терапии отдается таблетированным формам препаратов. Страховые компании и государственная инспекция контроля работы стационарных учреждений долговременного ухода тщательно следит, чтобы не было необоснованных госпитализаций, внутривенных инъекций, лабораторных методов исследований. Если что-то необоснованно было назначено, то деньги вычитаются в пользу страховой компании из бюджета организации, что может сказаться на оснащении и в целом на функционировании дома. За неправильное ведение подопечных дом по уходу могут закрыть.

Все узкие специалисты работают для того, чтобы выявить важные аспекты в работе с подопечными и донести их до команды помощников по уходу, улучшая тем самым качество ухода и продуктивность работы всего учреждения.

Эрготерапевт работает из расчета один специалист на сто человек и дает конкретные рекомендации помощникам с точки зрения узкого специалиста, и помощники уже отрабатывают с подопечными навы-

ПЛАН УХОДА В НИДЕРЛАНДАХ СОСТОИТ ИЗ ЧЕТЫРЕХ РАЗДЕЛОВ

1. Социальные контакты и позиция в обществе. В этом разделе учитывается статус, социальная жизнь, проблемы, которые могут повлиять на социальную сторону жизни, цель вмешательства.

2. Ментальное благополучие. Вносятся проблемы, возникающие вследствие когнитивного дефицита, ментальных нарушений.

3. Физическое благополучие. Здесь указываются все проблемы, дефициты со стороны органов и систем.

4. Особенности условий проживания. В этом разделе отображаются все аспекты, связанные с окружающей подопечного средой проживания (использование дополнительных средств передвижения, использование ресурсов окружающей среды).

ки самостоятельного приема пищи, одевания, приема ванны, перемещения в пространстве. Также эрготерапевты в совершенстве владеют системой Inno Care, направленной на предотвращение развития пролежней у маломобильных и немобильных подопечных.

Психологи дают практические рекомендации ухаживающей команде. Например, как правильно строить тактику общения с тем или иным подопечным, в зависимости от его биографии, ментального статуса и личностных особенностей. Психологи не занимаются досугом подопечных и не организовывают мероприятий. Один психолог приходится на 200–300 человек. Для того чтобы работать в учреждении долговременного ухода, психолог должен пройти дополнительное обучение по психогериатрии.

Все общение специалистов строго задокументировано: данные каждого осмотра, шкалы вносятся в электронную базу данных, куда есть доступ у каждого специалиста учреждения.

Мультидисциплинарные советы собираются не более одного раза в шесть месяцев и направляются на оценку динамики состояния (физического и функционально), часто на них приглашаются родственники.

Большое внимание уделяется безопасности подопечных, невозможно встретить необученный персонал в домах по уходу. Каждый специалист, помимо получения диплома об образовании, регулярно проходит тренинги.

ПЛАНЫ УХОДА

Основным документом, в соответствии с которым осуществляется уход, является план ухода. Не просто инструкция последовательности действий, а в первую очередь договор между подопечным, учреждением и ухаживающей командой.

Индивидуальные средства реабилитации

Все планы ухода обсуждаются с подопечным и его семьей, учитываются пожелания и возможности. План затрагивает четыре направления, охватывающие все стороны жизни пациента. План разрабатывается гериатрической медицинской сестрой совместно с врачом или PA гериатрического профиля с учетом полученной от пациента или его близких информации. При необходимости привлекаются дополнительные специалисты, такие как социальный работник, домашний врач, врач ЛФК, диетолог, логопед, эрготерапевт.

В плане ухода указываются данные пациента, прилагается список имеющихся заболеваний и история болезни, список лекарств, использующихся пациентом.

В каждом разделе выявляются потенциальные и существующие проблемы. Для каждой проблемы определяется объем вмешательств и прописывается цель данных вмешательств, а также конкретные действия по достижению целей.

План ухода корректируется по мере необходимости и не менее одного раза в шесть месяцев.

План ухода – это рабочий инструмент помощников и медицинских сестер, с помощью которого структурируется работа, видна динамика и определятся уровень вмешательства всех специалистов.

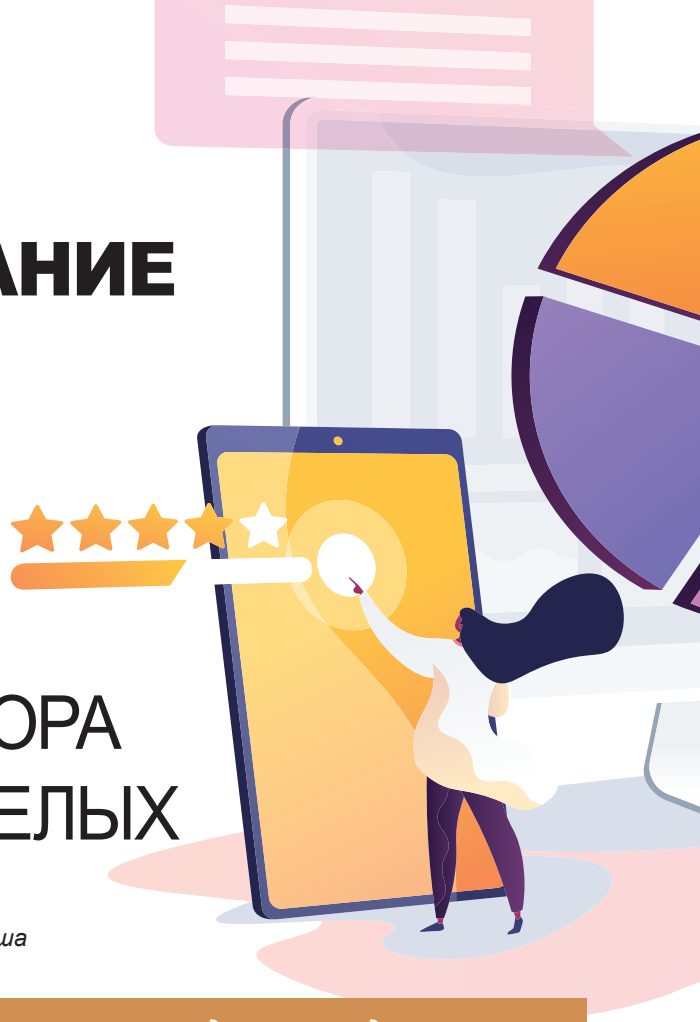
ЗАКЛЮЧЕНИЕ

К долговременному уходу в Нидерландах очень серьезный подход, ориентация в первую очередь на нужды тех людей, которые волей судьбы стали получателями услуг. Весь цикл предоставляемых услуг очень прозрачен и видны все этапы, цифры. К сотрудникам учреждений долговременного ухода предъявляются очень высокие требования и государственный контроль системы осуществляется с регулярной периодичностью.

Для долговременного ухода в Нидерландах характерны такие черты как:

- планирование строительства учреждений долговременного ухода с ориентацией на демографические и экономические прогнозы;
- высокая техническая оснащенность;
- многоступенчатая подготовка ухаживающего персонала;
- активное включение семьи в уход;
- ориентация на потребности человека и его семьи;
- строгое следование составленным планам ухода с обязательным определением целей;
- высокая самоорганизация персонала и командный характер работы;
- высокая доля личных средств граждан и их пенсионных накоплений в финансировании системы долговременного ухода;
- приоритетность социального компонента ухода, нежели медицинского;
- выявительный характер определения потребности в долговременном уходе.

Оценивая систему, действующую в Нидерландах хочется особо подчеркнуть профессионализм и компетентность ухаживающего персонала, 70 % вмешательств планируется и осуществляется ими. Люди наделены профессиональными компетенциями, подкрепленными прочными знаниями того, как помогать другим, как сделать жизнь зависимой от посторонней помощи людей максимально независимой и комфортной, а это главная цель и ценность любой системы ухода. ■



ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И УПРАВЛЕНИЕ УЧРЕЖДЕНИЕМ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ С ПОЗИЦИИ ДИРЕКТОРА ДОМА ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ

Анета РЫБАЦКА-СКОРУЛЬСКА,
директор Дома для престарелых в Вельке-Нешавке, Польша

В сегодняшней правовой ситуации учреждения социального обслуживания, находящиеся в ведении местных органов власти и имеющие постоянное разрешение губернатора, должны соблюдать огромное количество предписаний. В течение нескольких лет сложилось достаточно абсурдное положение (с точки зрения такого человека как я), в котором оказалось огромное количество «диких» учреждений, не внесенных в губернаторский реестр. Для общества в целом эта ситуация может показаться не такой уж страшной, поскольку это дешевле и доступнее. Но так ли это на самом деле?

Уже девять лет я являюсь директором Дома для престарелых людей обоих полов. Учреждение это скорее большое, на девяносто человек, функционирует с 1997 года. Это было переломное время, в Польше было 49 воеводств. Произошли изменения: изменилось административно-территориальное деление Польши, изменились организации, управляющие учреждениями социального обслуживания. В 2004 году вместе с новым Законом о социальной помощи были введены так называемые «новые правила». Государство перестало покрывать большую часть расходов на людей, помещаемых в учреждения. Органы самоуправления «взяли на себя» роль плательщика. В принципе, каждый из нас, сотрудников учреждений социального обслуживания, ежедневно сталкивается в своей работе как с правилами, существовавшими до 2004 года, так и с правилами, введенными после 2004 года. Вроде бы ничего такого, но все же это слишком. Гмины (административная единица Республики Польша), города стали «следить» за каждой копейкой на человека, направляемого из своего центра социального обеспечения в учреждения социального обслуживания. Прошли (может не совсем) времена, когда в такие учреждения направляли за «ничьи» деньги, уплаченные «сверху». Пришло время, когда направление в такое учреждение стало последним средством.

С точки зрения таких учреждений, изменились их клиенты, они стали более трудными, обременительными и, в крайних случаях, деструктивными для работы всего учреждения социального обслуживания.

Директор дома для престарелых сталкивается со многими трудностями. На протяжении нескольких месяцев стоит длинная очередь в учреждение, а скорее, так только кажется (у нас это около 30 человек), поскольку большинство ожидающих хотят жить в «одноместной комнате с балконом», а когда в учреждении освобождается место, которое не отвечает требованиям ожидающего (поскольку это не та самая «одноместная комната с балконом»), то мы имеем дело с оттягиванием решения о проживании и с созданием «искусственной очереди». Что ж, «одноместная комната с балконом», это желание ожидающего в очереди клиента или его семьи? Обычно самые близкие люди создают представление о том что именно должны получить их мама, бабушка или дедушка. Сами ожидающие в очереди клиенты тоже обычно так говорят, но к чему такие требования, когда человек является несамостоятельным, ограниченным в возможностях и никогда не выйдет на

этот балкон?! В нашем Доме для престарелых на данный момент есть тридцать одноместных комнат (с балконами), но я постоянно вижу только 3–4 человека на балконе, и это, как правило, даже летом, одни и те же люди.

За девять лет работы я видела только одного постояльца, часто сидевшего на балконе… с пивом. А что? Мужчина в расцвете сил, физически полноценный, общительный, может немного тревожный из-за алкогольной зависимости, но он оказался в учреждении социального обслуживания. А поскольку у него были долги перед судебными приставами и не хватало на оплату жилья и на жизнь, то он заставил, потребовал, получил направление в учреждение. Он получил его! Такая реальность! Уборщицы должны были убирать в комнате этого мужчины? Должны. Опекуны должны были принести ему в комнату второй завтрак и послеобеденный чай? Должны! Попробовали бы они не приносить, не убирать и не выносить банки от пива, демонстративно выставляемые в коридор! Жалоба готова.

Куда только этот мужчина не писал жалобы! В полицию, прокуратуру всех уровней, суды, министерства (юстиции, семьи, труда и социальной политики, здравоохранения), в Верховную контрольную палату. После нескольких лет доказательств, «что ты не верблюд», когда я с трудом выстояла вместе с учреждением, которым руководила, против оскорблений и клеветы, содержавшейся в упоминаемых жалобах, тот мужчина переехал в другое учреждение. Сейчас я вспоминаю этого человека с нежностью, поскольку следующее «приобретение» также оказалось алкоголиком, но другого «калибра», типом, лежащим на тротуаре, остановке, просящим денег на алкоголь, вульгарным и непредсказуемым с точки зрения поведения в отношении персонала, соседей по учреждению, а также не заботящимся о гигиене, порядке и о том, что его окружает.

Залитая мочой комната, фекалии в кружке от кофе, писание в пепельницу в курилке, писание в коридорах, на лестницах или в лифте, а также проливание кофе везде и на все – это повседневная реальность. К одной клиентке, которая уже много лет не пила, присоединился очередной алкоголик, и она вернулась к зависимости и стала «поставщиком» алкоголя. Вот так три-четыре человека за несколько месяцев могут «разрушить» работу нескольких десятков сотрудников и сделать несчастной жизнь почти сотни жителей учреждения.

Я думаю, что практически каждый директор учреждения социального обслуживания, подчиняющегося органам местного самоуправления, куда направляют людей из таких организаций как Государственный центр социальной помощи и Городской центр социальной помощи, сталкивается с подобными «приключениями». Это реальность учреждений. Здесь есть ошибка, которую допустили уже давно – в Польше не была введена классификация учреждений социального обслуживания. Что может сделать директор в таких сложных случаях? В принципе, ничего. Вызвать полицию, подать иск в суд, прокуратуру. Идет расследование, слушания и экспертизы состоялись, и что дальше? Можно направить человека, злоупотребляющего алкоголем, в учреждение для алкоголиков, но время ожидания в очереди туда остается без комментариев, поэтому ближайшие годы будут «веселыми», но, к сожалению, в плохом смысле этого слова.

У наших южных и западных соседей такая классификация есть. Большинство (насколько я знаю) стран Европейского Союза делит учреждения социального обслуживания не только на типы, но и классифицирует их. В Польше каждый житель учреждения социального обслуживания имеет право на такие же стандарты. Но правильное ли это решение? В случае с введением классификации всегда может найтись кто-то, кто скажет, что это прямая дорога к созданию гетто и приютов, а ведь каждый человек заслуживает достойного обращения с ним. Но разве тот, кто всю свою жизнь тяжело и честно трудился, заработал пенсию, заработал какое-то состояние, но не имеет опекуна, не заслуживает достойную старость в приличном, достойно содержащемся доме престарелых? В учреждении, где его соседи – это люди такого же склада, с которыми он найдет

общий язык во время занятий по трудотерапии и побеседует в парке или на совместном выезде?

Кто-то скажет, что я преувеличиваю. Нет, я описываю то, с чем имею дело каждый день. Хотя упомянутые ситуации являются чрезвычайными и касаются отдельных личностей, тем не менее, это происходит и накладывает свой отпечаток на все, требует максимум внимания и затрагивает весь персонал, который должен в равной степени посвятить свое время другим, более чем девяноста процентам жителей.

Я кратко и поверхностно описала существующую реальность, чтобы показать то, что является, по моему мнению, причиной проблем в управлении и правильном функционировании учреждений социального обслуживания, действующими в соответствии с Положением об учреждениях социального обслуживания.

В 2008–2010 годах мы столкнулись с неразберихой в работе медсестер в учреждениях социального обслуживания. «Наши» медсестры были вытеснены на обочину профессии – Комиссии по опеке перестали расценивать их деятельность как позволяющую продолжать работать по профессии. Почему? Учреждение социального обслуживания не является медицинским учреждением. Мы все еще работаем в отделе социальной помощи. Хорошо это или плохо, не могу сказать однозначно, поскольку учреждения социального обслуживания являются организациями, функционирующими на границе здравоохранения и социальной помощи. Помогать, служить советом и помощью или лечить и сохранять здоровье. Граница стирается, глядя на учреждения социального обслуживания, которые зачастую не отличаются от лечебно-опекунских учреждений.

Сейчас, после посещения многих лечебно-опекунских учреждений, я очень редко вижу разницу. В лечебно-опекунских учреждениях обычно менее домашняя обстановка, но их клиенты, пациенты, жители такие же. Почему медсестра, работающая в лечебно-опекунском учреждении, клинике или больнице может получить работу с окладом 4700 злотых, а медсестра, работающая в учреждении социального обслуживания только 2200 злотых? Чем отличается их работа? Распределение лекарств, уколы, капельницы, катетеры, забор крови, уход за ранами, лечение пролежней, медицинские консультации, помощь лицам, осуществляющим уход и много других функций, общих для работы в больнице, лечебно-опекунском учреждении или учреждении социального обслуживания.

Из того что я вижу, есть области, где сотрудникам в течение многих лет не повышали зарплату. В нашем учреждении, возможно, дела обстоят все еще не так, как хотелось бы, но маленькими шагами местное самоуправление добавляет средства на заработную плату сотрудникам. Плюсом является стабильная работа, регулярные выплаты заработной платы, дополнительная тринадцатая зарплата, Жилищный фонд, Касса взаимопомощи и сбережений, работа в приятной атмосфере (если сами такую себе создадим), и т. д. Безусловно, муниципалитет с радостью выделил бы средства на повышение зарплаты, но как это бывает в самоуправлении, приходится выбирать: новая дорога, велосипедная дорожка, расширение школы, больницы, лечебно-опекунского учреждения или повышение зарплаты сотрудникам? Это непростой выбор. У предпринимателей и бизнесменов такого нет, они могут делать что и как захотят, а у местного правительства все по-другому. Почему бы не помочь местным органам власти? Почему никто не поможет нам хотя бы в вопросе медсестер, на которых мы должны получать средства от Национального фонда здравоохранения?

Наше учреждение считается, скорее, одним из лучших. У нас много одноместных комнат с ваннами и балконами. К сожалению, проблемы с недовольными сотрудниками, которые плохо настроены по отношению к своей тяжелой работе, приводят к тому, что правильное функционирование учреждения нарушается. Кипы больничных листов, уставшие сотрудники, для которых работа в учреждении не является единственной – все это накладывается на повседневные трудности. Составление графиков работы «по желанию», когда большинство опекунов приносит свои графики с других мест работы. Это уже почти норма, что руководитель, чтобы не потерять хорошего сотрудника «выкручивается», чтобы каждому угодить.

За последние три-четыре года уровень текучки «прикроватных» сотрудников, то есть сиделок и медсестер, достиг в нашем случае апогея. Из двадцати шести человек только пятеро здесь имеют стаж работы более десяти лет. Возможно это не повсеместное явление, но в нашем случае, когда учреждение находится на расстоянии нескольких километров от большого города, это приводит к тому, что люди едут в город за лучше оплачиваемой работой, и поэтому в нашем Доме для престарелых даже есть вакансии. Учреждения, располагающиеся на территориях с относительной безработицей, находятся в несколько ином положении. Люди из близлежащих районов, соседних деревень с большим желанием работают рядом с домом. Уже много лет также нельзя рассчитывать на поддержку со стороны биржи труда. Хотя в случае Торуньского повета (административно-территориальная единица в Республике Польша) я всегда могу рассчитывать на места для стажера, сотрудника на общественные работы. Но хотя биржа труда повета выделяет мне рабочие места, к сожалению, нет желающих устроиться на такую работу. Нет у нас, где безработица является минимальной, а оставшееся число безработных на территории нашей гмины – люди, которые уже использовали все, что могли. Зачастую, сиделки – это специалисты с дипломами скорой помощи, и они ожидают, что как сотрудники с соответствующей квалификацией, получат адекватное вознаграждение.

В прошлом году на протяжении нескольких месяцев у нас были большие проблемы с количеством сиделок, из-за чего на дежурстве в экстремальных случаях было по 2–3 человека. В таких ситуациях выполняемые действия напоминают ленточный конвейер: смена подгузников, туалет, одевание, доставка еды, кормление, короткий перерыв и снова смена подгузников и т. д. Медсестры, трудотерапевты или социальные работники также не отказывают в помощи, когда у нас «тяжелая» смена.

На территории нашей гмины уже 2–3 года все чаще и чаще слышно, как в магазинах, на остановках, мужчины и женщины разговаривают на языке, похожем на русский. Это украинцы и белорусы, работающие в близлежащих крупных компаниях. Я решила узнать о возможности трудоустройства медсестер и сиделок из этих стран. Через биржу труда сделать это оказалось непросто. Польша не может признать дипломы украинских медсестер, поскольку образование в наших странах проходит на разных уровнях. На сегодняшний день в Польше медицинское обслуживание относится к высшему образованию, а в Украине оно до сих пор находится на уровне средне-специального образования. Иностранные граждане могут быть трудоустроены, но они должны иметь временное разрешение на работу, выданное конкретным Губернатором.

В 2017 году было заключено соглашение с правительством Украины, на основании которого медицинские сестры, имеющие диплом высшего образования первой ступени, могут продолжить учебу в польских учебных заведениях (не в каждом) и получить диплом магистра, без необходимости нострификации диплома. К сожалению, полученный диплом не эквивалентен диплому, полученному польской медсестрой, и не означает возможности работы по профессии в Польше(!), потому что такой человек должен предоставить нострификацию диплома бакалавра первой ступени (титул, получаемый в Украине, разрешающий работать медсестрой). Путь украинской медсестры к тому, чтобы работать по профессии в Польше, очень труден, сложен и не до конца понятен. Но самая большая проблема заключается в том, что этих медсестер нет. Я позвонила в несколько бирж труда, в агентства по трудоустройству и везде мне ответили, что попросту нет людей, которые ищут работу медсестры, в том числе и среди иностранцев. Статистика безжалостна, согласно данным, предоставленным Высшей палатой медсестер и акушерок в 2016 году, среди 320 000 медсестер и акушерок, зарегистрированных в Польше, гражданами Украины были только 71 медсестра и 5 акушерок. Не удивительно, что я не могла их найти, потому что их в принципе нет. Сейчас у нас в учреждении «полный состав». Но как долго это продлится?

Мы возвращаемся к классификации учреждений социального обслуживания. Давайте же сделаем наконец что-то, чтобы вернуть правильность, нормальность, чтобы вступить на путь социальной справедливости, верховенства закона, чтобы всем хорошо работалось и жилось. ■

НУЖНО ЛИ ПЛАТИТЬ ЗА КАЧЕСТВО?

ПОДГУЗНИКИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Себастиан ГЕРИНГ-ЗАГРОЦКИ, *Европейский центр долгосрочной опеки, Польша*

Одной из самых распространенных проблем в долгосрочном уходе является недержание мочи. По нашим оценкам, почти 40 % подопечных, жителей учреждений социального обслуживания страдают от этой проблемы и получают возмещение средств при покупке абсорбирующих продуктов. Это означает, что данные учреждения используют в общей сложности более 34 миллионов подгузников ежегодно. Это более чем 50 миллионов злотых! Поэтому вполне естественно, что руководители учреждений стремятся приобрести абсорбирующие продукты по наиболее выгодной цене.

Конечно, покупка абсорбирующих средств не единственная трата, связанная с недержанием мочи. В учреждениях долгосрочной опеки имеются и другие сопутствующие расходы:

- отходы (использованные подгузники),
- средства индивидуальной защиты работников (одежда, перчатки),
- стирка грязного постельного белья,
- работа, связанная с заменой абсорбирующих изделий.

Управляя бюджетом учреждения социального обслуживания, директор должен заботиться об оптимальном расходовании средств в каждой из вышеперечисленных областей. Я постараюсь кратко показать, на что следует обратить внимание, чтобы говорить о контроле уровня расходов, связанных с обеспечением подопечных абсорбирующими средствами в учреждении.

ВПИТЫВАЮЩИЕ ИЗДЕЛИЯ

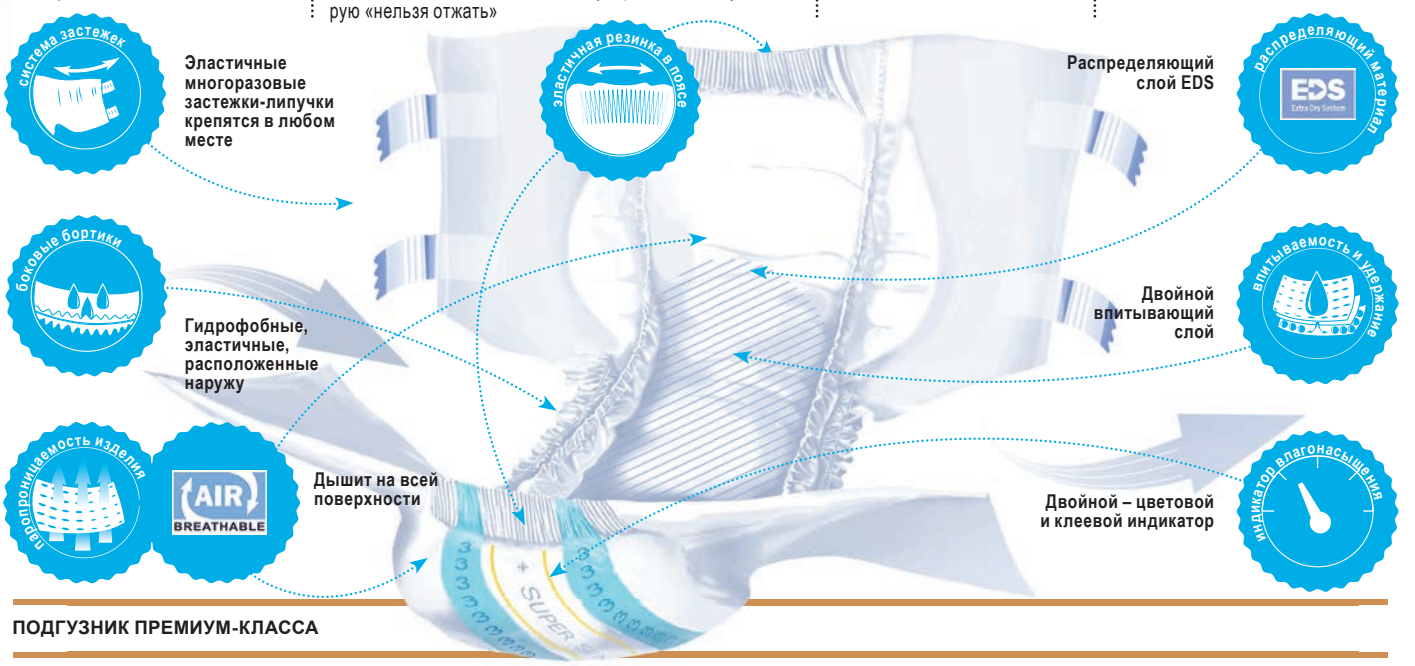
Ценовое давление со стороны директоров учреждений социального обслуживания заставляет производителей искать возможности снижения стоимости производства. Однако нельзя до бесконечности снижать эти издержки без изменения некоторых параметров, что естественным образом приводит к разнице в качестве и удобстве используемых впитывающих средств.

Выбирая производителя по принципу более низкой цены, подопечные в учреждениях социального обслуживания вынуждены использовать специальные, более дешевые линейки впитывающих продуктов, так называемые «эконом». В чем такие средства уступают более дорогим? Определенно в параметрах, которые отвечают за больший комфорт использования. В итоге подгузники эконом-класса вызывают температурный дискомфорт, повышают риск возникновения пролежней и необходимость более частой замены впитывающих средств, нежели в случае изделий премиум-класса. Более подробная информация представлена в таблице 1, в которой сравниваются технические характеристики подгузников эконом-класса и премиум-класса.

Как видно при сравнении, подгузники эконом-класса проигрывают не только в плане впитываемости и постоянного удержания мочи в изделии, но также из-за худшего прилегания к телу ослабляется защита от протеканий. Хорошо видно, что в случае изделий премиум-класса более высокие технологии означают надежную защиту и удобство использования.

Табл. 1. **ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДГУЗНИКОВ ПРЕМИУМ-КЛАССА И ЭКОНОМ-КЛАССА**

ТЕХНОЛОГИЯ/ПАРАМЕТРЫ	ПОТРЕБИТЕЛЬСКАЯ ЦЕННОСТЬ	ИЗДЕЛИЕ ПРЕМИУМ-КЛАССА	ИЗДЕЛИЕ ЭКОНОМ-КЛАССА
Система застежек	Обеспечивает возможность многоразового крепления и открепления, плотное прилегание к телу даже во время движения	Эластичные многоразовые застежки-липучки крепятся в любом месте	Двойные застежки одноразового использования, или многоразовые с фиксированным местом для крепления.
Паропроницаемость изделия (воздухопроницаемость)	Предотвращает риск возникновения раздражений и опрелостей кожи, которые в крайних случаях могут приводить к возникновению пролежней	Дышит на всей поверхности	Не дышит или дышит только в боковых частях
Индикатор влагонасыщения	Позволяет проверить степень наполненности подгузника без необходимости снятия	Двойной – цветовой и клеевой	Один – цветовой или текстовой
Боковые бортики	Предотвращают боковые протекания, что позволяет сохранять постельное белье чистым	Гидрофобные, эластичные, расположенные наружу	Могут отсутствовать
Эластичная резинка в поясе	Улучшает прилегание изделия к телу, особенно во время движения	Спереди и сзади	Отсутствует
Строение впитывающего вкладыша	Повышенная впитываемость	Двойной	Одинарный
Распределяющий материал	Улучшает распределение влаги внутри изделия – позволяет увеличить абсорбирующие способности впитывающего вкладыша, отводит влагу от кожи, усиливая ощущение сухости	Распределяющий слой EDS	Отсутствует
Впитываемость	Так называемая «общая вместимость» изделия	●●●●●●●●	●●●●●●○○
Удержание	Способность изделия постоянно удерживать влагу, которую «нельзя отжать»	●●●●●●○○	●●●●○○○○



ПОДГУЗНИК ПРЕМИУМ-КЛАССА

ОТХОДЫ

Покупка одноразовых абсорбирующих продуктов приводит к образованию большого количества отходов, которые расцениваются как муниципальные. Конечно, о таком типе утилизации отходов можно говорить только в том случае, если подопечные здоровы. В противном случае учреждение обязано утилизировать использованные подгузники как медицинские отходы. Принимая во внимание среднее количество мочи, выделяемой в течение дня (т. е. около 1,5–2,0 л), которая абсорбирована во впитывающем изделии, выходит, что для каждого подопечного с недержанием мочи учреждение социального обслуживания должно предназначить соответствующее место в мусорных контейнерах. Размер этой емкости будет зависеть от количества использованных впитывающих средств и может насчитывать от 75 до 100 литров ежемесячно.

Расходы на утилизацию отходов в каждой гмине (административная единица в Польше) разные. У центров социального обслуживания также есть свои варианты. Это может быть:

- простая система с фиксированной месячной ставкой за человека (тогда об управлении расходами на сбор отходов не может быть речи);

- с фиксированной ставкой за сбор большого контейнера (среднее влияние на управление расходами – посредством принятия решения о количестве контейнеров);
- со ставкой, зависящей от фактически собранных отходов и от количества предоставленных за плату контейнеров (здесь существует большая возможность для оптимизации уровня расходов на вывоз отходов – подбор количества и размера контейнеров).

В случае оплаты за каждый вывоз мусора, на месячные расходы по утилизации будет оказывать влияние также частота сбора отходов.

СРЕДСТВА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

Зависимость стоимости средств индивидуальной защиты персонала учреждения от типа обеспечения подопечных впитывающими средствами будет наиболее высокой в случае одноразовых перчаток. Здесь зависимость пропорциональна частоте замены подгузников в данный период. Расходы, связанные с одеждой для работников (покупка и стирка), не будут зависить от выбранных для подопечных подгузников.

СТИРКА ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ

В зависимости от подбора размера, и прежде всего от использованных во впитывающем изделии технологий, отвечающих за прилегание изделия к телу пациента, повышающих удобство использования, мы можем иметь дело с большими или меньшими загрязнениями постельного белья, вызванными протеканием подгузников. Обычно, чем более качественным является продукт, тем лучшую защиту от протеканий и меньшее количество незапланированной смены постельного белья он обеспечивает в учреждении.

ТРУДОЗАТРАТЫ

Количество использованных впитывающих изделий будет прямо пропорционально влиять на количество работы, выполняемой сотрудниками, меняющими их. В этом случае также выполняются дополнительные функции по уходу – например, очищение кожи, противопролежневая профилактика, смазывание или увлажнение кожи и т. д. При скромном подсчете, можно принять за факт, что каждая замена впитывающего изделия занимает минимум восемь минут работы. При трех сменах подгузника в день выходит, что персонал проводит по 12 часов возле кровати подопечного ежемесячно. При четырех сменах подгузника в день это будет уже 16 часов. Поэтому кажется естественным стремиться к уменьшению количества замен впитывающих изделий, чтобы сэкономить на трудозатратах.

Сэкономленное рабочее время в итоге позволит сотрудникам сосредоточиться на других обязанностях или лучшим образом разрешить проблемы, связанные с нехваткой персонала во время отпусков или больничных.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Вышеупомянутые области, оказывающие влияние на уровень расходов в учреждениях долгосрочного ухода, подверглись оценке в специальном сравнительном исследовании подгузников эконом-класса и премиум-класса, используемых в трех учреждениях социального обслуживания.

На этапе подготовки исследования в лечебно-опекунском учреждении была согласована процедура замены впитывающего изделия, а также факторы, которые могут влиять на состояние здоровья пациента в контексте недержания мочи и состояния кожи. Наиболее частые осложнения – это воспаления кожи в области интимных зон, приводящие в конечном итоге к возникновению пролежней. Благодаря этому был разработан журнал исследования для регистрации сестринской деятельности, установления баланса жидкостей и другой информации о состоянии подопечного до и во время исследования.

Для оценки уровня затрат были приняты следующие установки, благодаря которым модель сравнивали с другими учреждениями:

1. Стоимость человеко-часа определена в соответствии с минимальной часовой ставкой для гражданско-правового договора в 2017 году – 12 злотых брутто.
2. Учреждение социального обслуживания влияет на уровень цен на утилизацию отходов, эти цены взяты из прайсов в различных гминах в Польше и насчитывают 0,19 злотых за килограмм муниципальных отходов и 1,24 злотых за килограмм медицинских отходов (5 % медицинских отходов среди отходов от подгузников).
3. Стоимость стирки постельного белья в собственной прачечной учреждения насчитывает 0,75 злотых за килограмм сухой загрузки (без работы сотрудника, ремонта и обслуживания устройства, содержания помещения, в котором установлена стиральная машина).
4. Закупочные цены на впитывающие средства установлены на основании средних продажных цен нетто в официальных офертах в учреждениях социального обслуживания.

В сравнительном исследовании приняли участие по 10 подопечных из каждого учреждения, для которых использовался только критерий цены, и в связи с этим они обеспечивались изделиями эконом-класса. В течение первых четырех недель персонал отмечал каждую замену впитывающего изделия, совершаемые действия по уходу, смену постельного белья и расход перчаток при использовании закупленных учреждением подгузников эконом-класса. В течение следующих четырех недель оценивались те же самые параметры, но уже при использовании подгузников высокого качества. Кроме того, мы предложили использовать подгузники с повышенной степенью впитываемости на ночь.

Мы попросили персонал выразить свое мнение по поводу использованных изделий, а также по возможности высказать мнение или описать реакцию их подопечных на внесенные изменения.

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА

Чаще всего персонал говорил о таких преимуществах изделий премиум-класса перед изделиями эконом-класса:

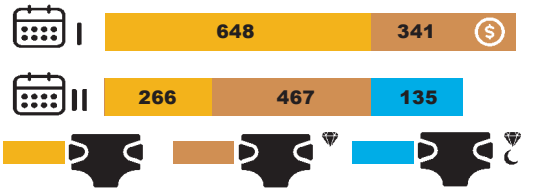


Рис. 1

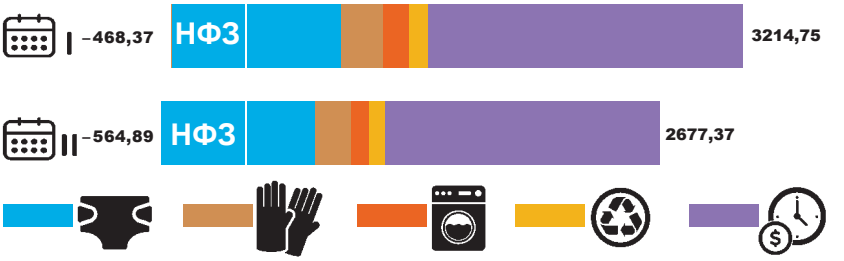


Рис. 2

- более высокая впитывающая способность,
- легкое открепление,
- возможность повторного закрепления,
- большее чувство сухости,
- более деликатные,
- более надежные.

Все отмеченные различия – это результат использования высоких технологий в изделиях премиум-класса, которые в сочетании с повышенной способностью удерживать влагу обеспечивают удобство использования, увеличивая время между заменой изделия, и благодаря этому снижают общую рабочую нагрузку, связанную с уходом за подопечным с недержанием мочи. Также эти различия в значительной степени повышают комфорт персонала при осуществлении им служебных обязанностей.

Случай 1

Характеристика учреждения:

- количество коек – 50 шт.;
- количество подопечных с недержанием мочи – 40 чел. (80 %);
- график смены подгузников – два фиксированных времени (утро и вечер), а также в течение дня, если необходимо;
- структура финансирования обеспечения абсорбирующими изделиями – 53 % финансируется Национальным фондом здравоохранения (НФЗ), 47 % докупается на средства подопечного, один раз в год – из добавленных средств на бюджет учреждения;
- отходы расцениваются как муниципальные;
- есть собственная прачечная.

В течении первых четырех недель мы отметили использование 648 подгузников эконом-класса и 341 подгузника премиум-класса (докупаемых за счет средств подопечных). Все подгузники, которые применялись у подопечных, это изделия со стандартным уровнем впитываемости (так называемые «дневные»).

После доставки в учреждение изделий премиум-класса, на протяжении следующих четырех недель было использовано следующее количество: 266 штук «дневных» подгузников эконом-класса, 467 «дневных» подгузников премиум-класса и 135 «ночных» подгузников премиум-класса (рис. 1).

Это означает, что с увеличением доли изделий премиум-класса в учреждении, количество использованных подгузников в сравниваемый период снизилось на 12,2 %, и таким образом среднее количество подгузников в расчете на одного подопечного снизилось с 3,53 на 3,1 штуки в день.

Использование перчаток зависело от частоты смены подгузников и снизилось в сравниваемый период на 11,6 %. Снизилась также частота смены постельного белья – одеял на 47 %, простыней почти на 26 % и подушек на более чем 7 %.

Подведем итоги и оценим, как обстоят дела с расходами в данном учреждении:

- в связи с тем, что цены на изделия эконом-класса формируются ниже возмещаемого предела, полная сумма возмещения не использовалась (63 злотых в месяц на человека) – более высокая стоимость подгузников премиум-класса приводит к большему использованию лимита возмещения, поэтому финансовая нагрузка на учреждение социального обслуживания вместе с доплатой от жителей не увеличилась;
- стоимость перчаток, стирки и вывоза отходов может снизиться в связи с уменьшением использования впитывающих изделий (в этой гмине существует возможность управления количеством и объемом контейнеров для вывоза мусора);
- наибольшие изменения произошли в рабочем времени, затрачиваемом на смену подгузников, и таким образом отразились на стоимости труда.

Учитывая вышеизложенное, разница в расходах между периодом до и после сравнительного исследования составила 16,7 % (рис. 2).

Это означает, что в масштабах года и 40 подопечных с недержанием мочи, в этом учреждении можно сэкономить почти 26 тысяч злотых. Такая сумма, безусловно, заставит задуматься каждого управляющего.

Случай 2

Характеристика учреждения:

- количество коек – 40 шт.;
- количество подопечных с недержанием мочи – 18 чел. (45 %);
- график смены подгузников – одно фиксированное время (утро), а также в течение дня, если необходимо;
- структура финансирования абсорбирующих изделий – 86 % финансируется Национальным фондом здравоохранения, 14 % докупается на средства подопечного, один раз в год – из добавленных средств на бюджет учреждения;
- отходы расцениваются как муниципальные;
- есть собственная прачечная.

На первом этапе использовались только «дневные» подгузники эконом-класса. На втором этапе почти не использовались изделия эконом-класса, которые были заменены изделиями премиум-класса (600 «дневных» и 156 «ночных») (рис. 3).

Суточная частота смены впитывающих изделий снизилась с 2,83 до 2,71 штуки, то есть на 4,3 %. Аналогичным образом уменьшилось количество использованных перчаток, в то время как в случае постельного белья было отмечено значительное снижение количества загрязнений (простыни на 14,5 %, одеяла на 20,7 % и подушки на 23,3 %).

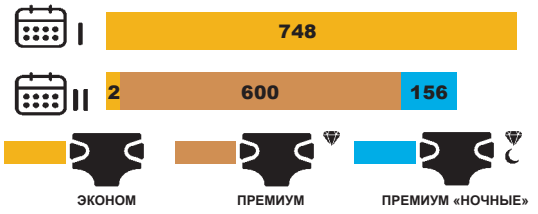


Рис. 3

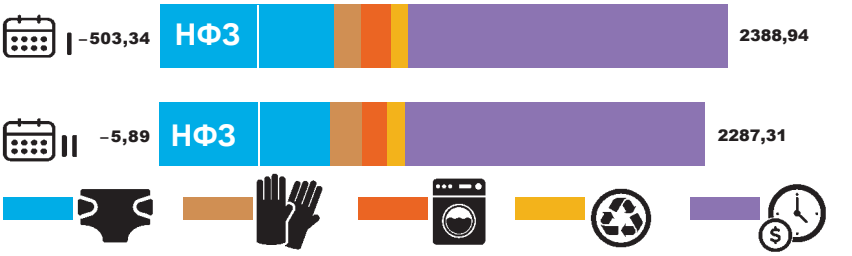


Рис. 4

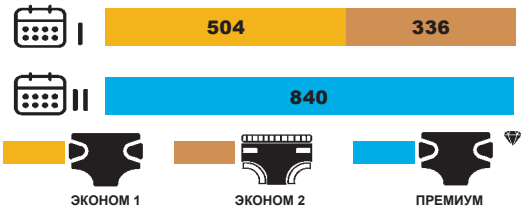


Рис. 5

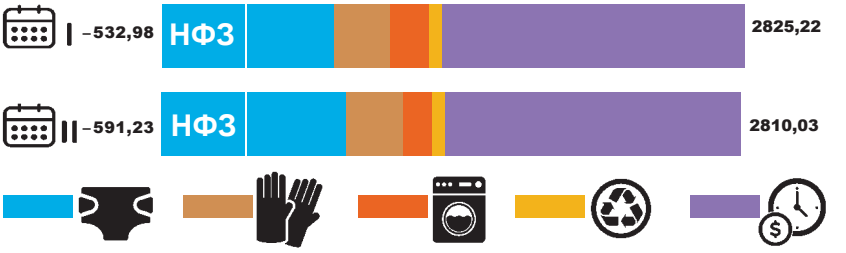


Рис. 6

После учета стоимости закупки подгузников и оценивая другие расходы, рассматриваемые в исследовании, экономия в данном учреждении составила 4 %. Если результат перенести на всех подопечных с недержанием мочи, то общая экономия в учреждении может составить 2,2 тысячи злотых в год (рис. 4).

Как и в первом случае, здесь также отмечается более полное использование лимита возмещения от Национального фонда здравоохранения, который вырос почти на 18 %.

Случай 3

Характеристика учреждения:

- количество коек – 58 шт.;
- количество подопечных с недержанием мочи – 19 чел. (33 %);
- график смены подгузников – три фиксированных времени в течение дня;
- структура финансирования абсорбирующих изделий – 57 % финансируется Национальным фондом здравоохранения, 43 % докупается на средства подопечного, один раз в год – из добавленных средств на бюджет учреждения;
- отходы расцениваются как муниципальные;
- есть собственная прачечная.

Использование подгузников не изменилось количественно в сравниваемые периоды. Днем подгузники эконом-класса (от двух разных производителей) были заменены таким же количеством «дневных» подгузников премиум-класса, строго придерживаясь графика трех смен впитывающих изделий в течение дня (рис. 5).

Количество использованных перчаток в сравниваемые периоды незначительно возросло (на 4 %), а количество загрязненного постельного белья уменьшилось (простыни на 20 %, одеяла на 29,2 %, подушки на 20,7 %).

Может показаться, что неизменившееся количество подгузников, за которые нужно заплатить больше, не может повлиять на экономию расходов в этом учреждении. Однако более активное использование возможностей внешнего финансирования (большее использование лимита возмещения от Национального фонда здравоохранения) и снижение затрат на стирку, благодаря меньшему количеству загрязненного постельного белья, способствуют экономии 200 злотых в год (рис. 6).

Возможно, такой результат не кажется достижением, но тем не менее, это значит, что переход на подгузники значительно более высокого качества не является большой тратой для учреждений социального обслуживания.

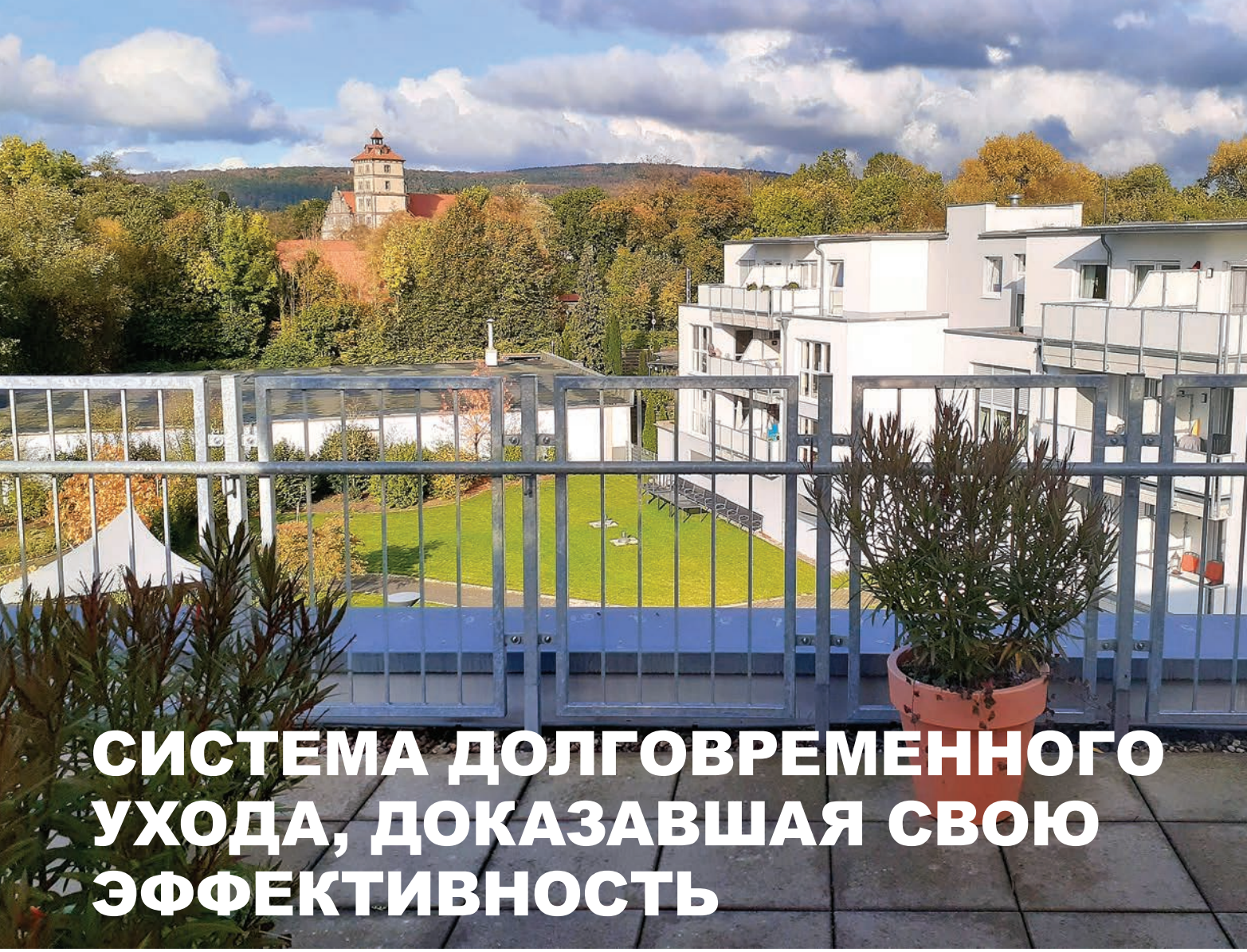
ВЫВОДЫ

Согласно оценке персонала, участвовавшего в сравнительном исследовании, использование впитывающих изделий высокого качества значительно повышает комфорт подопечных с недержанием мочи, а также комфорт работы персонала, связанной со сменой подгузников (меньше смен, меньше протеканий и загрязнений).

Приведенный выше анализ доказывает, что несмотря на более высокую стоимость закупки, общие затраты на впитывающие средства не обязательно должны возрасти. Основными причинами являются: увеличение стоимости внешнего финансирования (возмещение средств от Национального фонда здравоохранения), снижение временных затрат на выполнение мероприятий по уходу, снижение затрат на поддержание чистоты (вывоз мусора, стирка). Это прямое следствие использованных технологий в изделиях премиум-класса, которые, кроме лучшей впитывающей способности и постоянного удерживания влаги в изделии, повышают надежность крепления, улучшают прилегание к телу подопечного и обеспечивают ему больший температурный комфорт, благодаря наличию дышащего изоляционного слоя.

Это позволяет нам утверждать, что качество стоит того, чтобы за него платить.

И законодательной власти это также известно, поскольку она определила, что критерий качества является существенным для выбора оферты – это четко указано в Законе о государственных закупках. ■



СИСТЕМА ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА, ДОКАЗАВШАЯ СВОЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Игорь Олегович ПОЛУБОЯРЦЕВ, *заместитель управляющего гериатрическим центром «Жуковка» по работе со средним медицинским персоналом*

Германия – одна из самых развитых стран Западной Европы с одной из самых прозрачных и работающей как часы системой долговременного ухода (СДУ) в мире.

Вся СДУ построена в этой стране так, что ни один нуждающийся в услугах гражданин никогда не будет чувствовать себя обделенным и никогда не останется на улице. Как удалось Германии построить такую систему, каковы источники финансирования и как определяют нуждаемость в уходе и группу ухода?

СТРУКТУРА И ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Для того чтобы понять, как устроена СДУ в Германии, давайте вернемся в 1995 год – в то время, когда вышел закон о социальном страховании, покрывающем расходы на долгосрочный уход. Как очень прагматичные люди, немцы задумались о том, что естественным элементом любого общества является группа людей, нуждающаяся в посторонней помощи, будь то пожилые люди или инвалиды. В Германии так же прекрасно поняли, что помощь таким людям всегда ложится финансовым бременем на других граждан страны и на государство в целом. Данный факт и послужил началом реформы и развития системы долговременного ухода. Люди стали сами копить на свою старость и страховать себя от событий, ведущих к полной потере трудоспособности (обратите внимание – не от несчастных случаев). Накопленные средства шли на оплату услуг, которые граждане получали, будучи уже неспособными работать самостоятельно.

Принцип, заложенный в 1995 году, является основой современной системы долговременного ухода и по сей день, но сама система, пройдя длинный путь развития, претерпела значительные изменения.

В настоящее время система социального страхования действует по всей Германии. Понятие «социальная страховка» существует тут так же, как и медицинская, но представляет из себя отдельную кассу. Отчисления идут либо от работодателей, либо от самого гражданина, либо от муниципального образования, в котором проживает гражданин. На этом этапе универсальной схемы не существует. В случае возникновения потребности в долгосрочном уходе: возраст, инвалидизация, заболевание – человек попадает в учреждение долговременного ухода через своего семейного врача или через больницу по выявительному принципу, то есть

система «видит» нуждающихся через призму врачебных осмотров.

В системе долговременного ухода Германии очень много видов услуг. Это амбулаторная помощь на дому, стационарная помощь, то есть дом сестринского ухода, это центры дневного пребывания и блоки для ассистированного проживания. Виды и количество получаемых услуг зависят от группы ухода, в которую попадает человек при оценке нуждаемости в уходе.

ОЦЕНКА НУЖДАЕМОСТИ

Когда пациент попадает к врачу (это и есть все основания для начала использования услуг системы долговременного ухода), проводится первичная оценка. С результатами этой оценки знакомится бюро по долговременному уходу (ведомство не связано с министерством здравоохранения). Специалисты бюро делают углубленный скрининг с помощью шкал и опросников, используют информацию от семейного врача и определяют форму долговременного ухода. В бюро проводят окончательный осмотр подопечного, скрупулезно исследуя все функциональные возможности конкретного человека: мобильность, общение, коммуникацию, ежедневные активности, питание, гигиену. Все данные заносятся в таблицу, каждый результат осмотра по каждой позиции имеет свой «вес», выраженный в баллах. Когда весь процесс оценки завершен, то подопечному присваивается одна из пяти групп ухода. Сведения подаются в органы исполнительной власти, занимающиеся вопросами долговременного ухода, и там происходит перевод результатов осмотра конкретного человека и его количества баллов в денежные суммы, которые в последующем будут уходить на обслуживание подопечного.

СТАЦИОНАРНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ УХОДА, ВИДЫ СПЕЦИАЛИСТОВ

Для нас больший интерес представляют именно стационарные учреждения ухода, поскольку они в корне отличаются от российских.

В стационарных учреждениях ухода или, если дословно переводить с немецкого, в домах по уходу люди действительно живут. Дома – это не больницы.

Дома, как правило, рассчитаны не более чем на 80 человек, отделений в них нет, но есть квартиры, в которых живет от 8 до 10 человек (у каждого своя комната с санитарным узлом). На одну квартиру – одна кухня, где готовят еду помощники по уходу с учетом индивидуальных потребностей. Вообще в Германии индивидуальный подход играет огромную роль. Во время детального осмотра выявляются все особенности личности и все привычки, предпочтения, которые обязательно учитываются при работе. За этим ведется строгий контроль.

В домах ухода нет медицинских сестер и врачей. Главные трудовые единицы – помощники по уходу, которые имеют очень солидную подготовку. Обучаются специалисты три года. Их уровень подготовки выше уровня подготовки сотрудников со средним медицинским образованием в России. Объем изучаемых дисциплин огромен: наряду со стандартными анатомией, физиологией и фармакологией изучаются кинестетика, психология, технологии ухода, различные концепции ухода, законодательство. Все обучение идет рука об руку с практической деятельностью, большая часть времени уходит на практику, все полученные знания нужно подкрепить на месте. Экзаменов много, и к практической деятельности допускаются только выпускники, получившие высокие баллы. Например, экзамен по гигиене подопечного принимают три человека по 15 разным параметрам.

Таким образом, специалисты по уходу обладают практически всеми компетенциями медицинских сестер за исключением внутривенного введения лекарственных препаратов. Санитаров, сиделок, нянечек, ваннщиц, банщиц здесь нет. Весь набор функций выполняют помощники по уходу. Расстановка сил – один помощник по уходу на 8–10 подопечных. Рабочие смены длятся по восемь часов, график работы динамичный, то есть каждая последующая смена перекрывает предыдущую на два часа, когда идет пиковая нагрузка на персонал: утренняя гигиена, обед, вечерняя гигиена.

Дополнительных специалистов не так много. Не в каждом доме есть психолог или эрготерапевт, поскольку основная функция данных специалистов – это помощь персоналу, практические рекомендации работы с тем или иным подопечным.

Особое место занимает документация. Записывается каждый шаг: от выдачи лекарственных препаратов до угла поворота при пересаживании подопечного. Описываются все моменты ухода: гигиена, прием пищи, передвижение, прогулки, настроение. Не во всех домах по уходу есть компьютерная система, многие дома по-прежнему заполняют бумажный вариант документации. Старший помощник по уходу составляет графики, коррек-

Дома ухода в Германии не похожи на больницы, но при этом хорошо технически оснащены

тирует планы ухода и проверяет документацию и работу помощников по уходу.

В Германии особое значение в работе придают средствам эрготерапии. Помощники активно используют адаптированную посуду, подставки для посуды, дополнительные методы перемещения.

Так же одной из особенностей немецких домов по уходу является активное использование принципов кинестетики. Помощники обучены как правильно перемещать человека и как правильно помогать менять положение тела в соответствии с заболеваниями и состоянием (парезы, параличи, контрактуры). Все манипуляции по перемещению и по способам перемещения подлежат строгому документированию. Так же у большинства подопечных в планах ухода указано каким именно способом им можно помогать с перемещением.

ПЛАНЫ УХОДА

Говоря о планах ухода, невозможно обойти стороной то, как точно и пунктуально они составляются. Стандартный план ухода представляет из себя труд в пятнадцать страниц: у каждого человека выявляются проблемы, дефициты, затем ресурсы, определяются цели, которые ухаживающие ставят перед собой, и прописываются конкретные действия для достижения этих целей.

План ухода – документ, по которому идет работа всей команды. За исполнением пунктов плана ведется строгий контроль. План ухода в Германии – инструмент работы с проблемами подопечного, а не просто ворох бумаг.

Оценивая систему долгосрочного ухода в Германии в целом, нельзя не восхититься организованностью и налаженностью работы. Учтены все аспекты: от финансирования до выполнения уходовых манипуляций. Существует четкое распределение задач и уникальные многофункциональные специалисты – помощники по уходу. Немецкая система ухода отличается своей точностью и скрупулезностью в сборе и обработке информации о подопечном. Все сведения тщательно документируются, анализируются, и на основе анализа принимаются максимально рациональные решения. Поражает четкость и профессионализм, с которым работает персонал домов по уходу. Уровень подготовки действительно очень высокий. Огромное внимание уделяется ресурсам самих подопечных и поддержанию тех функций, которые человек может выполнять самостоятельно. Это очень важно, особенно в вопросе ухода за пожилыми людьми, когда так легко навредить, просто взяв на себя больше, чем нужно.

За многие годы своего существования система долговременного ухода Германии накопила немалый опыт как в организации самой системы, так и в практической составляющей. Этот опыт бесценен и важен, его можно переложить на те реалии, которые есть, отобрав то, что действительно может быть использовано в работе. Ведь система, прошедшая в буквальном смысле через десятилетия и доказавшая свою эффективность, наверняка будет приносить пользу и последующим поколениям людей, кто так зависим от посторонней помощи. ■

Трудное поведение у пациентов с деменцией всегда сигнализирует о том, что с подопечным происходит что-то не то. Помните, что нельзя игнорировать такое поведение, которое группа, осуществляющая уход, называет тяжелым или даже невыносимым.

НЕ БОРИСЬ! ПОЙМИ И СОТРУДНИЧАЙ!

Ивона ПШИБЫЛО, *магистр сестринского дела, терапевт-специалист по уходу, Польша*

Давайте подумаем, глядя на самих себя, как мы ведем себя в ситуации, когда хотим удовлетворить свои потребности? Здоровый человек нуждается в удовлетворении потребностей, в комфорте, не выносит боли, грусти, фрустрации или скуки. Он хочет иметь физический и психологический комфорт. Когда он чувствует дискомфорт в холодной комнате – надевает свитер, усиливает отопление, накрывается пледом. Если ему жарко, он открывает окно, включает кондиционер или снимает теплую одежду. Когда у него болит зуб или голова, он принимает обезболивающее. Он ищет ощущения комфорта – это естественно. Правда? Причин дискомфорта может быть много. Например, шумное, многолюдное помещение. Неприятный запах еды, которую подали на обед, и даже запах духов или лосьона после бритья.

Будучи здоровыми людьми, мы в состоянии понять причину нашего дискомфорта и принять соответствующие меры, чтобы ликвидировать или уменьшить его. Людям с деменцией сделать это намного сложнее. Почему так происходит? Дело в том, что они испытывают большие трудности с определением локализации и причины дискомфорта. Что из этого следует? Пациенты не в состоянии показать, что у них болит. Кроме этого, поврежденный мозг не может распознать источник этого ощущения и справиться с ним как следует. Поэтому, ухаживая за человеком с деменцией, мы должны помнить о том, что особенно следует позаботиться о его комфорте. Это возможно только в том случае, если мы поймем своего подопечного и начнем с ним сотрудничать.

Сделать это непросто. Поэтому неудивительно, что среди персонала, осуществляющего уход за пациентами с деменцией, часто звучат такие слова: «Она уже ничего не понимает, только бормочет себе под нос…», «Это ничего не даст, ничего не изменится – она очень злая…».

Однако в такие моменты мы должны понимать, что пациенты делают все, что могут, насколько позволяет им болезнь. Для того чтобы справить-

ся с наиболее трудными ситуациями. С точки зрения ухаживающего персонала, прежде всего необходимо хорошо знать нашего подопечного. Основой является формирование у опекунов соответствующего партнерского подхода. Без такого отношения к подопечному мы можем действовать только механически, без вовлечения в процесс. Это, в свою очередь, приведет к фрустрации и выгоранию из-за того, что мы не можем полностью реализоваться в своей профессиональной роли.

Ниже представлены ситуации в уходе за пациентами, которые часто становятся фактически «генераторами» трудного поведения у подопечных с деменцией. Рассматривая каждую ситуацию, мы постарались показать их возможные причины, а также способы разрешения проблемы.

АГРЕССИЯ

За агрессией, которая возникает у человека с деменцией, обычно что-то скрывается. Агрессия – это следствие беспокойства, которое не было ликвидировано, выросло и привело к вспышке гнева. Агрессивное поведение проистекает из неспособности удовлетворить потребности подопечного – следует об этом помнить!

Зачастую ощущаемый дискомфорт – это реакция на чрезмерное количество раздражителей, с которыми сталкивается подопечный. Он становится нервным, раздраженным и взволнованным, потому что одновременно слышит звуки радио, телевизора, людей и визг отъезжающих машин. Как пациент на это реагирует? Поднимает стакан, бросает его и выходит из помещения. А как мы оцениваем эту ситуацию со своей точки зрения? Наверняка как вредительство со стороны подопечного.

Что мы можем сделать? Необходимо понаблюдать за подопечным, поискать первые признаки тревоги. Это может быть чрезмерная возбужденность в форме болтания ногами, постукивания по столу, перекладывания предметов. Нужно уменьшить количество возбудителей и дать подопечному услышать, увидеть или почувствовать то, что ему в данный момент необходимо. Следует усилить невербальные сообщения. Прежде всего нужно предвидеть последствия и искать причины беспокойного поведения. Не нужно бороться с подопечным. Давайте постараемся понять его поведение и сотрудничать с ним.

НЕЖЕЛАНИЕ ЕСТЬ И ПИТЬ

Когда мы собираемся есть или пить, задумываемся ли мы над тем, что нужно для того, чтобы самостоятельно поесть? Наверное, нет, и это вполне нормально. Это действия, над которыми редко приходится задумываться, потому что мы делаем их почти автоматически, не размышляя об их сложной природе. Однако, если мы потратим немного времени, чтобы об этом задуматься, то увидим ряд действий, которые мы должны выполнить, чтобы довести дело до конца. Поэтому, глядя на человека с деменцией, который испытывает трудности с едой или питьем, мы должны помнить, что для того, чтобы выполнить эти действия, необходимо выполнить также много других действий. И неспособность выполнения тех других, зависит, прежде всего, от работы когнитивных функций, таких как память, мышление или моторика.

Итак, откуда берутся проблемы?

С какими из следующих небольших действий могут испытывать трудности наши подопечные?

- У подопечного может возникнуть проблема с концентрацией внимания на еде (слишком много раздражителей вокруг).
- Подопечный может сопротивляться из-за неудовлетворенной потребности в самостоятельности («я могу сам»), особенно, когда мы хотим сделать что-то за подопечного, а не с ним вместе.
- Подопечный может не чувствовать голода или жажды – из-за повреждения центра голода в мозге.
- Подопечный может испытывать трудности с оценкой приготовленных кусочков пищи. Например, он берет кусочек бутерброда и рассматривает его – поврежденному мозгу трудно оценить, пригоден ли этот бутерброд для еды.
- Подопечный может испытывать трудности с обработкой пищи. К сожалению, из-за этого остатки еды могут попадать в дыхательные пути. Это очень опасно, потому что может привести к серьезным респираторным инфекциям.
- Подопечный может испытывать трудности с распознаванием предметов, которые нужны для употребления пищи (например, может пытаться есть суп вилкой). Мы также сталкиваемся с ограничением поля зрения подопечных, которые могут просто не видеть тарелки или стакана, стоящих на столе.

Что можно сделать, чтобы помочь своему подопечному?

- Нужно постараться ограничить количество раздражителей, с которыми подопечный может столкнуться во время еды. Иногда даже чересчур

«кричащая» скатерть может стать проблемой и отвлекать его.

- Главное, о чем стоит помнить, это не выполнять действий за подопечного. Если он что-то может сделать самостоятельно, то пусть сделает. Мы можем помогать ему, например, взять за руку и помочь ему поднести ложку ко рту. Это намного лучше, чем полностью делать какие-то действия за него.
- Если мы наблюдаем отсутствие аппетита у подопечного, нужно позаботиться о способе подачи блюда. Самым важным в этой ситуации является рутина, то есть повторяемость действия. Она помогает сформировать привычку у подопечного. Сначала результаты могут быть незаметными, но со временем забота и соблюдение установленного времени приема пищи, сопровождающиеся конкретными ритуалами, дают ощутимый результат.
- В ситуации, когда мы видим, что пациент не измельчает достаточно пищу, следует изменить способ приготовления. Самыми трудными для измельчения являются мясо и сырые овощи. Лучше всего сварить мясо, а после измельчить и сформировать из него котлету. Далее поджарить ее или потушить, и подавать в аппетитной форме. Важно, чтобы еда у подопечного на тарелке не напоминала кашу, которая абсолютно не вызывает желания есть.
- В ситуации, когда больной начинает испытывать трудности с использованием столовых предметов, мы часто автоматически принимаем решение кормить его. Таким образом, мы лишаем подопечного того, что он мог бы еще делать самостоятельно. Лучше уменьшить количество предметов, используемых одновременно, позволяя больному самостоятельно съесть еду хотя бы одной и той же ложкой. Важно также не использовать посуду черного цвета. Черная тарелка на белой скатерти может восприниматься подопечным как черная дыра. Это вытекает из нарушения восприятия действительности подопечным.

Нужно помнить, что тарелки и другая посуда должны находиться в поле зрения подопечного, и что оно сужается по мере прогрессирования болезни.

ТРУДНОСТИ С ПОДДЕРЖАНИЕМ ГИГИЕНЫ

При решении этой проблемы, в первую очередь, следует учитывать уже существующие привычки и предпочтения подопечного. Часто условия могут мешать нам в этом, однако нужно стараться найти компромисс.

О чем всегда следует помнить?

Здесь большую роль может сыграть семья подопечного или информация, полученная во время опроса.

Следует обратить внимание:

- как и где ранее мылся подопечный (ванна, душ, раковина);
- какие гигиенические процедуры проводил и чем пользовался (мыло, губка, подмывание, биде и так далее);
- как часто мылся (раз в неделю, два, ежедневно);
- мыл ли подопечный волосы в начале или в конце гигиенических процедур. В раковине или всегда под душем;
- где подопечный выполнял гигиенические процедуры (в ванной или в раковине на кухне, за занавеской);
- в какое время суток выполнял эти процедуры;
- какую температуру предпочитал (и воды, и помещения в том числе);
- в какой степени подопечный заботился о своей интимности (может быть, мылся в рубашке, всегда при закрытых дверях).

Из-за чего возникают проблемы с мытьем у подопечных с деменцией?

- Из-за непонимания, что нужно заботиться о гигиене.
- Подопечный может не помнить о том, что он не мылся.
- Подопечному нужна для этого конфиденциальность.
- Подопечный может не понимать, что ему необходима помощь.
- Подопечный боится упасть, боится воды, боится самой процедуры мытья, холода.
- Подопечный может не понимать, что происходит.

Что можно сделать, чтобы помочь своему подопечному?

- В ванной комнате должно быть тепло и светло.
- Следует позаботиться о порядке и соблюдении принципа контраста в помещении – если плитка в ванной комнате светлая, то полотенце должно быть более темного цвета, чтобы пожилой человек хорошо его видел.
- Темные коврики, в том числе в душе, это плохая идея – для пожилого человека они могут выглядеть как черная дыра, в которую он «может упасть».
- Глянцевая плитка в ванной может вызывать у пожилого человека разные рефлексы, например, беспокойство, так как ему может казаться, что на полу разлита вода.
- Если подопечный сопротивляется, нужно оставить его в рубашке или прикрыть полотенцем. Ничего страшного, если ткань намочится, но зато конфиденциальность подопечного будет соблюдена.
- Следует прикрыть зеркало – подопечный может не узнать своего отражения и испугаться присутствия чужого человека в ванной.
- Если больной в состоянии самостоятельно выполнять некоторые действия, то для того, чтобы облегчить ему задачу, нужно оставить только то, что необходимо для выполнения этого действия.

ПРОБЛЕМЫ С НОШЕНИЕМ ПОДГУЗНИКОВ

Забота об интимной гигиене у людей с деменцией обычно вызывает много трудностей. Часто в ситуациях, когда возникает недержание мочи и нужно особенно позаботиться о гигиене, мы сталкиваемся с отказом подопечного использовать подгузник или другой впитывающий продукт. При решении

этой проблемы следует помнить, что ключевое значение здесь имеет коммуникация с больным – важно то, какие аргументы мы используем, чтобы его убедить.

На что в данном случае стоит обратить внимание?

- Обеспечит ли этот продукт чувство комфорта подопечному, будет ли удобен?
- Не будет ли используемый продукт стеснять движений пациента и влиять на его активность?
- Будет ли продукт хорошо выглядеть, обеспечивая поддержание гигиены деликатным образом?

Иногда стоит показать, какую пользу получит подопечный благодаря использованию абсорбирующего белья – метод выбора отлично работает в этом случае. Часто мы используем этот метод в уходе за больными с деменцией. Предложите подопечному два варианта, расскажите о них понятным языком. Дальше поддержите его выбор: «ты правильно выбрал, вот увидишь, теперь мы без проблем сможем ходить на долгие прогулки».

Людям, находящимся в хорошей физической форме, столкнувшимся с проблемой недержания мочи, лучше всего подходят впитывающие трусы. Нужно рассказать подопечному о необходимости их ношения и акцентировать внимание на том, что подопечный еще может делать, а не на том, какие способности он утратил.

Вместо того чтобы сказать: «Вы знаете, что у вас недержание, и иногда пачкаете свое белье. Нужно надеть подгузник!», попробуйте так: «У меня есть специальное белье для вас, оно позволит вам поддерживать гигиену, и мы без проблем сможем долго гулять». Видите разницу? Коммуникация играет ключевую роль. Старайтесь не употреблять слова, которые ассоциируются с детьми, такие как подгузник или пеленка. Они вызывают споры и сопротивление у взрослого человека, который не хочет, чтобы к нему относились как к ребенку.

Кроме правильной коммуникации, следует позаботиться о том, чтобы продукты, которые используются для поддержания гигиены, имели приятный запах, были просты в использовании и обеспечивали подопечному чувство комфорта. Это могут быть специальные салфетки или пена для очищения кожи без использования воды, предназначенные для людей с недержанием мочи.

Важную роль играет рутина. То как мы выполняем свою работу, имеет значение. Важно, чтобы мы выполняли действия согласно схеме, известной пациенту. Если у нас есть такая возможность, нужно привлечь к выполнению действий подопечного, а потом поддержать его действия похвалой.

В случае пациентов с продвинутой стадией деменции, полностью зависимых от других людей и часто лежащих в кровати или проводящих большую часть дня в инвалидном кресле, мы должны особенно позаботиться о гигиене интимных зон. В особенности, когда возникает проблема недержания мочи, следует помнить о том, что эти люди подвержены риску инфекций мочевыводящих путей.

Вынужденное положение, задержка мочи в мочевом пузыре, раздражающие факторы: моча, кал, обезвоживание, нежелание пить – все это приводит к возникновению инфекций мочевыводящих путей. Очень часто они протекают бессимптомно или симптомы являются не характерными для инфекции. Мы видим, что подопечный ведет себя беспокойно, может проявлять агрессию, или быть гиперактивным и без причины ходить по комнате, но даже не подозреваем, что за таким поведением стоит инфекция.

Вот почему важна соответствующая гигиена, использование впитывающих средств и защищающих продуктов, чтобы обезопасить подопечного от инфекции, которая может оказаться очень серьезной.

Если подопечный пытается снять впитывающее изделие, срывает или разрывает его, в этом случае поможет соответствующее белье, которое можно застегнуть на спине, и таким образом избежать подобных действий. Если такое поведение со стороны подопечного возникает внезапно, нужно проверить – возможно мы имеем дело с инфекцией или запором. Пациенты с деменцией испытывают трудности с выражением боли или дискомфорта и поэтому они нестандартным способом сообщают другим о своей нереализованной потребности.

Также важно организовать подопечному какое-то занятие, поскольку даже больной с тяжелой стадией деменции имеет потребность «что-то делать». Нужно перевести внимание подопечного на конкретное действие – хорошо подходят шелестящие предметы, такие, которые можно складывать или перекладывать. В остальном успех зависит от того, как мы сами подойдем к проблеме и насколько будем вовлечены в процесс ее решения. Самое главное – это акцентировать внимание подопечного на том, что у него осталось, а не на том, что он потерял. ■

Впитывающие трусы Seni Active предназначены для средней и тяжелой степени недержания мочи. Они напоминают обычное нижнее белье, благодаря чему не вызывают у больного немедленного желания снять изделие. В линейке представлены продукты с разной степенью впитываемости, размеры – от S до XL.

Урологические прокладки Seni Lady впитывают в 4 раза больше, чем обычные гигиенические прокладки, и обеспечивают надежную защиту при легкой и средней степени недержания мочи. Гидрофобные боковые бортики защищают от протеканий, а суперабсорбент в составе продукта предотвращает неприятный запах. В линейке Seni Lady имеется множество вариантов с разной степенью впитываемости.

Влажные салфетки Seni Care XXL, благодаря большой поверхности, позволяют легко и удобно очистить кожу без использования воды, например, когда подопечный не хочет пользоваться ванной или душем.

«НЕЗАБУДКА» – СПОСОБ ПОМОЧЬ ЛЮДЯМ С ДЕМЕНЦИЕЙ

Интервью с Альдоной РЕЧЕК-ХОХУЛЬСКОЙ – лауреатом II польского этапа премии Королевы Сильвии для медсестер

– Вы являетесь лауреатом II польского этапа Премии Королевы Сильвии для медсестер. Получили награду за проект «Шкатулка “Незабудка”». Можете рассказать о своей победной идее?

– «Незабудка» – это способ помочь людям с деменцией, их опекунам и людям, которые ежедневно сталкиваются с этим заболеванием в своей работе. Моя идея очень проста: я хотела бы, чтобы у каждого пациента, находящегося в учреждении долгосрочного ухода, была своя «Незабудка», то есть шкатулка, в которой будут собраны предметы, рассказывающие историю жизни этого человека. Это могут быть фотографии, письма, сувениры из поездки, диск с любимой музыкой или какие-то памятные подарки. Здоровые люди окружают себя множеством предметов, которые являются неотъемлемой частью их жизни. Многие вещи имеют для нас сентиментальную ценность. Некоторые из них говорят о наших увлечениях или работе. Между тем, у жителей учреждений долгосрочного ухода нет ничего, кроме одежды и гигиенических средств. Это грустно, но также важно, по мнению людей, ухаживающих за пациентом с деменцией.

– Почему это необходимо, на Ваш взгляд?

– Потому что при таком заболевании как деменция очень важно что мы знаем о пациенте. Мы должны знать его предпочтения, увлечения, а также что может его разозлить или расстроить. Мы должны знать того человека, которым он был и которым все еще является.

ПРЕМИЯ КОРОЛЕВЫ СИЛЬВИИ

Это уникальная стипендия для тех, кто хочет трудится в сфере здравоохранения, особенно заботясь о пожилых людях.
Премия представляет собой стипендию в размере 25 000 злотых и стажировку, в ходе которой у лауреата появляется возможность узнать о различных моделях ухода в партнерских организациях конкурса.
Заявку на стипендию могут подать студенты обучающиеся уходу и лица, проходящие специализацию по уходу.

Проблема заключается в том, что пациент с деменцией на поздних стадиях заболевания не в состоянии рассказать нам, кто он такой. И здесь приходит черед «Незабудки». Предметы, собранные в коробочке, могут говорить за пациента. Мы можем использовать их при беседе, в терапии воспоминаний, во время семейных посещений. «Незабудка» может рассказать нам историю человека.

– Вы говорите, что «Незабудка» может пригодиться и семье подопечного. Но ведь близкие люди знают историю жизни своих родственников и знают что человек любит, а что нет.

– Это правда, но работая опекуном, я заметила, что семьи, посещающие своих близких с деменцией, часто не знают, как себя вести, о чем говорить и говорить ли вообще. А «Незабудка» – это своего рода предлог для разговора. Можно достать из такой коробочки книгу или письмо и почитать любимому человеку. Можно вместе посмотреть

фотографии, послушать любимую музыку. Главная цель состоит в том, чтобы не относиться к человеку с деменцией как к предмету. Нужно стараться увидеть его историю и использовать ее на благо пациента.

– Вы упомянули, что работали опекуном. В настоящее время изучаете сестринское дело. Когда же вам пришла идея «Незабудки»?

– Я год ухаживала за пожилыми людьми в Великобритании, и там родилась идея «Незабудки». Не скрываю, что на создание «Незабудки» меня вдохновил конкретный человек – одна из моих пациенток. Это была женщина в тяжелой стадии деменции. В течение многих месяцев с ней не получалось контактировать. Она не говорила, не смеялась, целыми днями смотрела в окно, и не было речи о том, чтобы она отреагировала на многократные попытки установить с ней связь. Так продолжалось до того дня, когда к ней пришла близкая подруга и принесла с собой диск с музыкой. Женщина сказала нам, опекунам, что Роуз, наша подопечная, когда-то очень любила песни, звучащие на этом диске. Не предполагая и, честно говоря, не рассчитывая на многое, мы с коллегой включили принесенный диск. Каким же было наше удивление, когда после нескольких нот наша «отсутствующая» до этого момента подопечная, улыбнулась. Спустя некоторое время это уже была не улыбка, а настоящий смех. Пожилая женщина действительно радовалась и хлопала в ритм музыки. В эти минуты она не была пациенткой учреждения долгосрочного ухода, не была больным человеком с деменцией. Она была собой.

– Это действительно прекрасная история.

– Это был очень трогательный момент. Люди, которые работают в учреждениях долгосрочного ухода и ежедневно видят таких пациентов как Роуз, наверняка поймут мои чувства. Я хорошо помню тот день, потому что именно тогда я подумала, что действительно очень жаль, что мы так мало знаем о наших пациентах, и что было бы намного проще установить с ними контакт, если бы мы только больше о них знали. Именно тогда мне пришла идея «Незабудки».

– Вы говорили, что в шкатулке «Незабудка» должны быть такие вещи как фотографии, диски или книги. Кто должен собрать такую коробочку?

– Я думаю, что семьи и близкие пациентов учреждений долгосрочного ухода, принимая решения о переводе родного человека в такое учреждение, должны позаботиться о том, чтобы кроме одежды, гигиенических средств и лекарств, дать такому человеку с собой хотя бы несколько предметов с сентиментальной ценностью, которые «расскажут» медицинскому персоналу историю их пациента.

– На Ваш взгляд, медицинский персонал пренебрегает этой частью ухода за пациентами? Историей пациентов, их предпочтениями?

– Полагаю, к сожалению, это так. В работе опекуна или медсестры мы больше сосредоточены на мероприятиях, касающихся ухода. Важны гигиена, лекарства, прием пищи. Часто медсестрам не хватает времени на то, чтобы получше присмотреться к подопечному. Конечно, это грустно, но кроме этого отсутствует и желание, и мне кажется, что к пациентам с деменцией относятся без уважения.

– А там, где Вы работали, все было по-другому?

– Я не хочу идеализировать систему долгосрочного ухода в Великобритании, потому что, принимая во внимание хотя бы финансовые аспекты, мы не можем сравнивать ситуацию в Польше и в Англии. Но из моего личного опыта ухода за людьми с деменцией, могу сказать только, что, безусловно, уважение к пациентам, сосредоточенность на человеке и поиск способов обеспечения наилучшего ухода в Великобритании находятся на очень высоком уровне.

– Можете привести какой-нибудь пример?

– Я помню, что нас всегда учили уважать человека, страдающего от деменции, и позволять ему делать выбор в повседневной жизни, не лишать его свободы. Поэтому, когда у нас была пациентка, которая любила всегда выглядеть красиво и элегантно, то мы всегда разрешали ей выбрать во что она сегодня хотела бы одеться. Мы не лишали ее этой радости. У той женщины всегда было красивое платье, украшения и деликатный макияж. От нас требовалось уделить этому всего пять минут при утреннем уходе, но ее радость была бесценна.

– Возвращаясь к теме «Незабудки». Как Вы думаете, может ли Ваш проект также помочь медицинскому персоналу?

– Я думаю, что да. Нам не только легче установить контакт с пациентом, страдающим от деменции, если мы много о нем знаем. Мы также можем относиться к «Незабудке» как к некоему символу, чему-то, что каждый день будет нам напоминать о том, что мы имеем дело не только с болезнью, а прежде всего с человеком. Я считаю, что такой символ помогает поддерживать в нас эмпатию и понимание, что каждый человек на свете является уникальным – даже если он уже не помнит своей истории. ■

СОСЕДСКАЯ ПОМОЩЬ – СТАРАЯ УСЛУГА, НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Гжегож БАРАНОВСКИ, *директор учреждения социального обслуживания для взрослых в Бытоме, Польша*

Демографические изменения, старение общества, отсутствие подходящего предложения услуг в отношении современных потребностей – эти и другие правдивые заявления известны нам из всех профессиональных средств массовой информации. Невозможно закрывать глаза на факты, касающиеся изменений в социальной структуре и связанных с ней социальных проблем, которые существуют на сегодняшний день.

Необходимо создание профессиональных систем помощи для людей, нуждающихся в ней из-за возраста или длительной болезни, основанных на разделении услуг.

Существует пять вариантов предоставления помощи:

- услуги по уходу – предоставляются профессиональными специалистами, нанятыми муниципалитетом или действующими по его поручению;
- соседская помощь – граждане, нуждающиеся в помощи, могут воспользоваться поддержкой со стороны людей, живущих по соседству;
- услуги, предоставляемые в центрах по уходу, – кратковременные или постоянные;
- услуги, предоставляемые в центре помощи;
- пребывание и услуги, предоставляемые в учреждениях социального обслуживания.

Сегодня я хочу особенно сосредоточиться на реализации услуг по уходу в форме соседской помощи. Соседская помощь заключается в оказании помощи гражданам, испытывающим жизненные трудности, людьми, находящимися в непосредственной близости от них. Уже отсюда видно, что смещение акцента в реализации опекунских услуг на ближайшее окружение углубляет социальные связи в местном сообществе.

Соседская помощь должна быть строго адаптирована к потребностям несамостоятельных и пожилых людей, испытывающих трудности в повседневной жизни. Ключевой особенностью такой помощи является гибкость как в отношении лица, оказывающего услугу, так и в отношении объема и формы помощи, часов предоставления услуг, мониторинга поддержки и так далее.

Табл. 1. **ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ СОСЕДСКОЙ ПОМОЩИ**

Аналитический этап	Мероприятия, проводимые учреждением социального обслуживания, во время которых учреждение принимает решение о возможности внедрения услуг. Учреждение анализирует потребности, окружающую среду, проводит финансовый анализ, рассматривает внутренние процедуры и местные законы. Этот этап завершается решением о внедрении услуг.
Этап разработки стандарта соседской помощи	Специалисты учреждения устанавливают правила оказания услуг, их объем, правила контроля, бухгалтерского учета, определяют показатели, подготавливают официальную документацию, касающуюся реализации услуг. Данный этап официально подготавливает правила реализации услуг, в том числе условия приема на работу в рассматриваемой среде. Стоит отметить, что в создании стандартов принимает участие междисциплинарная группа сотрудников учреждения, в том числе специалисты по уходу, юристы, специалист по льготам, кадровик и так далее.
Подготовка соседской среды к реализации услуг согласно разработанному стандарту	Проводится отбор мест, где должны быть реализованы услуги, а также людей, которые их оказывают. Этот процесс основывается на передаче информации, ознакомлении со стандартами, тщательной диагностике и на обучении исполнителей услуг (многоаспектное обучение).
Реализация услуг соседской помощи	На местах начинается систематическая опекунская работа.
Надзор за реализацией услуг и специализированная поддержка их исполнителей	В рамках этого этапа, учреждение социального обслуживания контролирует качество услуг, отслеживает их объем, с помощью разработанных инструментов определяет уровень удовлетворенности лиц, пользующихся услугой.

Соседская помощь оказывает непосредственное влияние на продление функционирования пожилых или несамостоятельных людей в местной среде, что является желательным с точки зрения человека, которому оказываются услуги (собственная среда = безопасность, чувство собственной ценности, личные отношения и так далее). Соседская помощь также имеет экономический эффект для муниципалитетов, поскольку эта помощь намного дешевле, чем стационарные формы социальной помощи. Внедрение услуги соседской помощи основано на принципе тесного сотрудничества всех заинтересованных сторон: получателя услуги, поставщиков услуги, центра социального обслуживания, семьи, соседского окружения и так далее.

Процесс реализации опекунских услуг посредством системы соседской помощи включает в себя пять этапов, описанных в таблице № 1.

Важный вопрос, который следует обсудить, это способ вознаграждения лиц, оказывающих услуги по уходу. Кажется, что наиболее практичным способом найма исполнителей является заключение гражданско-правового договора с фиксированной единовременной выплатой. О фиксированном вознаграждении написано в ст. 632 § 1 Гражданского Кодекса, которая гласит, что, если стороны договорились о фиксированной оплате, то лицо, соглашающееся выполнить работу, не может ожидать увеличения вознаграждения, даже если бы в момент заключения договора нельзя было предусмотреть размер или стоимость работ. Это имеет существенное значение, поскольку в случае услуги соседской помощи показателем достигнутого результата будет удовлетворенность клиента и оценка уровня удовлетворенности лица, получающего услугу, а не фактическое количество часов предоставленных услуг. Фиксированный размер вознаграждения позволяет сторонам договора быть уверенными в сумме, которую должны будут оплатить или которую получат в качестве вознаграждения, что обеспечивает экономическую безопасность обеим сторонам договора.

Подводя итоги данной работы, стоит спросить, возможно ли это вообще? В таблице № 2 представлен пример удачного внедрения услуги соседской помощи в Силезском воеводстве – а именно в городе Пекары-Слёнских, где на практике применяется вышеописанная модель. ■

Табл. 2. **ПРИМЕР УДАЧНОГО ВНЕДРЕНИЯ УСЛУГИ**

Объект	Социальный кооператив «Уголок помощи». Основан в сентябре 2017 года в результате соглашения гмин Пекар-Слёнских и Сверклянца. Социальный кооператив юридических лиц.
Предмет деятельности	Основным видом деятельности кооператива является профессиональная активизация людей, подверженных риску социальной изоляции.
Описание деятельности	В конце прошлого года Кооператив выиграл процедуру государственной закупки, в рамках которой реализуются услуги по уходу, специализированные опекунские и психиатрические услуги для жителей Пекар-Слёнских – клиентов Городского центра помощи семьям. Услуги по уходу реализуются более чем в 90 местах. Услуги по уходу предоставляются в том числе в форме соседской помощи, где непосредственную опеку над лицом, нуждающимся в помощи, осуществляют близкие соседи. Как показывает практика, на сегодняшний день эта модель является эффективной и будет последовательно распространяться. Следует отметить, что мероприятия, проводимые Кооперативом, с одной стороны, способствуют профессиональной активизации людей, подверженных риску социальной изоляции, а с другой – позволяют обеспечить достойные условия жизни лицам, нуждающимся в помощи в повседневной жизни. Это позволяет людям как можно дольше оставаться в привычной среде проживания.

ФОРМИРОВАНИЕ ИМИДЖА УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ

Кшиштоф КУДРАНЬСКИ,
специалист по трудотерапии Местного центра самопомощи в Новодвоже, Польша

Сегодня никого не нужно убеждать в растущем значении Интернета в современном мире. В течение последних лет социальные сети динамично развиваются и становятся все более популярными. Они становятся главным каналом коммуникации, позволяющим собрать пользователей вокруг конкретного объекта и создавать хорошие отношения. Предложение интересного, актуального контента на страницах социальных профилей влияет на восприятие учреждения как современного и открытого, формирует уважение и лояльность как со стороны его подопечных, так и со стороны их близких.

О том, каким образом учреждения управляют своим имиджем в социальных сетях и каковы преимущества этого, показывают сотрудники учреждения социального обслуживания и Местного центра самопомощи в Новодвоже.

У учреждения типичный информационный сайт (http://sdsnowodworze.wixsite.com/sdsnowodworze) и страница в Фейсбуке (https://www.facebook.com/sdspnow/). Мы показываем здесь наши цели, задачи, возможности реабилитации, избранные мероприятия.

В начале, когда мы создавали нашу страницу, у нас не было каких-то глобальных целей. Она должна была служить своего рода хроникой нашей деятельности и в некотором смысле так есть до сих пор. Со временем, однако, мы начали более серьезно поднимать важные темы, связанные с инвалидностью, способами справиться с этой проблемой, с возможностями получения помощи с разных сторон, и вместе с тем, с работой над собой. Мы показали разные формы реабилитации и трудотерапии, рассказали в чем заключается терапия, какие возможности она создает. Мы стали вести терапевтическую группу, на которой обсуждаем наши проблемы и способы их решения. Мы делимся этой информацией и общаемся как с нашими подопечными, так и с посетителями нашей страницы.

Услуги, которые мы оказываем в сфере реабилитации людей с ограниченными возможностями, – это соединение инноваций и ясности. Наш подход к развитию деятельности напрямую зависит от потребностей подопечных и реализуется с заботой об обеспечении самых высоких стандартов предоставляемых услуг. Благодаря нашим сайтам информация доходит прежде всего до региональных клиентов. Мы также считаем, что одно из важнейших качеств нашей деятельности – аутентичность. Мы настоящие в том, что делаем. Есть успехи и неудачи наших подопечных, мы показываем их повседневную реальность.

Следующий важный момент – подопечные учреждения учатся действовать и работать в цифровой сфере, они преодолевают страх и барьеры, учатся пользоваться компьютерами, писать электронные письма, знакомятся с Интернетом и социальными сетями, учатся вдумчиво читать, самостоятельно писать комментарии. Они такие же хозяева страницы в Фейсбуке, знают, что она их и о них. Подопечные учреждения отождествляют себя со страницей, радуются размещенным материалам и фотографиям, делятся этими статьями. Семьи подопечных могут постоянно наблюдать, как живут их родственники в нашем учреждении.

Многие люди хотят посетить наше учреждение в Новодвоже, чтобы своими глазами увидеть, как мы работаем, они чувствуют, что мы делаем это от души, и мы открыты для общения. Так появляются новые контакты и рождается дружба. Два года назад группа студентов трудотерапии из норвежского университета «Высшая школа Бергена» выбрала нас (на основании нашей деятельности в Интернете) как учреждение, которое они хотят посетить во время пребывания в нашей стране. Эта встреча была обменом знаниями и опытом в области трудотерапии. Мы совместно участвовали в занятиях, организованных в нашем учреждении: образовательных, играх, развлечениях. Мы поделились с нашими гостями тем, что обычно делаем во время наших занятий, а студенты из Норвегии научили нас некоторым своим играм. Атмосфера была отличной, а все происходившее мы показали на своих сайтах.

Какой совет мы можем дать тем, кто хочет вести страницу в социальных сетях? Во-первых, не бойтесь показывать ваше учреждение в социальных сетях. Это дает возможность понять, как люди воспринимают вашу работу и показать это потенциальным клиентам и их семьям. Во-вторых, создание прочного и позитивного имиджа учреждения требует времени и тяжелой работы, связанной с формированием отношений в рамках нескольких социальных платформ. Не обязательно первое взаимодействие приведет к тому, что пользователь станет поклонником вашего учреждения. Результаты деятельности в социальных сетях появляются иногда только спустя несколько недель или даже месяцев после проводимых мероприятий. В-третьих, будьте настоящими. ■

seni®

Seni Lady

Незаметное решение деликатной проблемы

URO PROTECT*

Проверенная защита при легкой и средней степени недержания мочи

Урологические прокладки Seni Lady

эффективнее обычных гигиенических прокладок**

Консультации по продукции и заказ бесплатных образцов по телефону горячей линии seni: 8-800-200-800-3

(06:00-22:00 ч. (МСК), кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные)

www.seni.ru

*Система свойств прокладки, обеспечивающая комфорт, сухость и безопасность при использовании.

**По данным Фонда «Центр независимой потребительской экспертизы за 2008 год»

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

Реклама. ООО «БЕЛЛА Восток». 140301 Россия, г. Егорьевск, МО, ул. Промышленная, 9. ОГРН 1047796113485

КОМПЛЕКСНЫЙ УХОД

seni® care

для людей с недержанием мочи

Seni* – «дышащие» впитывающие изделия

+

Крем защитный с аргинином

Крем защитный с оксидом цинка

Пенка для мытья и ухода за телом

Влажные салфетки

Товар, помеченный символом (*), является медицинским изделием.

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИ ПРОВЕРЕНО для требовательной кожи

Профилактика раздражений кожи, опрелостей и пролежней

Консультации по продукции и заказ бесплатных образцов по телефону горячей линии seni: **8-800-200-800-3**
(06:00-22:00 ч. (МСК), кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные)

seni.ru / senicare.ru

SeniControl App

Если Вы не знаете какой тип впитывающего изделия выбрать для себя или Вашего близкого, скачайте **мобильное приложение SeniControl**. Оно поможет Вам вести мобильный дневник мочеиспусканий, определить степень недержания и подобрать впитывающее изделие в зависимости от индивидуальных потребностей. Доступно для пользователей Android, iOS.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

Реклама. ООО «БЕЛЛА Восток». 140301 Россия, г. Егорьевск, МО, ул. Промышленная, 9 ОГРН 1047796113485