

ДОРОУМ

Долгосрочной Опеки

ISSN 2312-5713

№ 1(13) март 2017



ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ
В УЧРЕЖДЕНИЯХ ДОЛГОСРОЧНОЙ ОПЕКИ

Система качества и эффективности

Основы из практики

НЕЖНОЕ ОЧИЩЕНИЕ



Салфетки

влажные
10, 48, 68, 80 шт.

Лосьон

для тела
моющий, pH 5
500 мл

Крем-гель

для душа
300 мл

Шампунь

для всех типов волос
увлажняющий
500 мл

Крем

для тела
моющий, 3 в 1
500/1000 мл

Пенка

для мытья
и ухода за телом
250/500 мл

РЕГЕНЕРАЦИЯ И АКТИВИЗАЦИЯ



Бальзам

для тела
для сухой кожи
250 мл

Гель

активизирующий
с гуараной
250 мл

Крем

для сухой,
огрубевшей кожи
100 мл

Эмульсия

для тела
для сухой кожи
500 мл

Масло

для ухода
150 мл

ЭФФЕКТИВНАЯ ЗАЩИТА



Консультации о продукции и заказ бесплатных образцов
по телефону горячей линии Seni: 8-800-200-800-3
(06.00-22.00, кроме выходных и праздничных дней.
Звонки по России бесплатные)

www.seni.ru

Крем
защитный
с окисью цинка и синодором
100/200 мл

Крем
защитный
с аргинином и синодором
100/200 мл

**MEDI
ФОРУМ
ДОЛГОСРОЧНОЙ ОПЕКИ**

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@bella-tzmo.ru

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 «Издательство «Перо»
109052, г. Москва,
Нижегородская ул., дом 29-33,
строение 27, офис 105

Верстка и редактура:
ООО «Издательство «Перо»
www.pero-print.ru
e-mail: info@pero-print.ru
Тел.: +7 (495) 973-72-28, 665-34-36

форум

Номер 1 (13) март 2017 г.
Подписано в печать 17.02.2017 г.
Выход в свет 28.02.2017 г.

Использованы статьи из журнала
«MEDI Форум Долгосрочной Опеки»
Фонда «Вместе меняем мир»

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

В журнале использованы фото
авторов статей и Pressfoto.ru

*Великая радость заключена в том, чтобы
посвятить себя служению другим людям.*

Мать Тереза, католическая монахиня,
основательница женской монашеской
конгрегации «Сёстры миссионерки любви»,
занимающейся служением бедным и больным.
Лауреат Нобелевской премии мира (1979).
В 2016 году канонизирована
(причислена к лику святых)

Дорогие друзья!

Наш очередной номер выходит в свет с наступлением весны. Весна является символом возрождения и надежды, и это придает нам сил и уверенности в успехе наших замыслов. В этом номере мы решили обсудить с нашими экспертами тему «Организация и управление в учреждениях долгосрочной опеки», так как мы убеждены в том, что любое благое намерение должно поддерживаться государственными, благотворительными и другими организациями.

Можно быть сколь угодно милосердными, стремиться организовать комфортное пространство и атмосферу для тяжелобольных, людей старческого возраста и умирающих пациентов, но при отсутствии определенной законодательной базы и поддержки со стороны администрации учреждения все усилия будут напрасны.

Только имея специализированное техническое оснащение, специальные средства для ухода за пациентами и подготовленный персонал, можно добиться высоких результатов в подобной работе, не забывая при этом о потребностях сотрудников, осуществляющих уход за пациентами.

Вопросы финансирования, государственной поддержки, управления персоналом и качеством обслуживания актуальны на сегодняшний день во многих учреждениях. Мы хотим, чтобы наш журнал помог вам выстроить эффективную работу вашей службы путем взаимодействия и обмена опытом с другими странами и учреждениями.

Редакция «Форума долгосрочной опеки» выражает благодарность своим авторам. Приглашаем новых авторов поделиться своим опытом. Связаться с редакцией можно по электронной почте: fdo@bella-tzmo.ru

Редакция журнала
«Форум долгосрочной опеки»

содержание

ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ

- 6** Швалкевич Э.
Долгосрочная опека – выбор указаний
- 8** Рыбка М.
Долгосрочный уход в рамках финансирования НФЗ
- 10** Качмарска Б., Хорава А.
Организация и управление центром
социально-медицинского обслуживания на основе
системы управления качеством

СИСТЕМА КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ

- 13** Щербинска К.
Становление системы InterRAI в заботе об улучшении
качества ухода за пожилыми людьми
- 17** Щербинска К., Мойса В., Вуйчик Г.
Потенциальная польза и трудности применения
системы InterRAI
- 22** Случевская С.Ф., Бондаренко Т.В., Майорова Е.Ю.
Система InterRAI как инструмент для оценки качества
и эффективности работы учреждений долговременной
помощи
- 24** Случевская С.Ф., Бондаренко Т.В., Майорова Е.Ю.
Результаты проекта «Разработка системы оценки
показателей качества долговременного обслуживания»

ОСНОВЫ ИЗ ПРАКТИКИ

- 26** Клоновска Э.
Эффективное управление персоналом в сфере
долгосрочного ухода
- 29** Сиднев А.
Как работать с персоналом в пансионах для пожилых
людей
- 31** Введенская Е.
Основание хосписной службы, на примере создания
хосписа «Дом надежды» в г. Брашов, Румыния
- 37** Катюничев Д., Храмцов Н., Мишин А.
Патронаж людей с ментальными нарушениями.
Вчера, сегодня, завтра

Живите активно!

Недержание ограничивает Вас?
Впитывающие трусы Seni Active – оптимальное
решение для тех, кто ведет активный
образ жизни. Они надежно впитывают влагу,
нейтрализуют запах и надеваются,
как обычное белье.



Впитывающие трусы Seni Active
подходят как для женщин,
так и для мужчин, и доступны
в нескольких размерах и 2-х уровнях
впитываемости – Seni Active
и Seni Active Normal.



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

ДОЛГОСРОЧНАЯ ОПЕКА – ВЫБОР УКАЗАНИЙ

Швалкевич Эльжбета,
*доктор, национальный консультант по вопросам ухода за хронически больными
и недееспособными лицами, Польша*

Сохранение здоровья является для нас приоритетом, который может быть реализован на уровне индивидуума, но сложным для осуществления в масштабе общества. Тот процесс трансформации, какой мы в настоящее время переживаем в сфере здравоохранения, показывает нам широкий ряд проблем. Собственно, нет такой сферы медицины, которая бы не нуждалась в серьезном финансировании и существенных изменениях.



Повсеместно среди поставщиков медицинских услуг сомнения вызывают деятельность Национального фонда здравоохранения и его влияние на формирование политики в области здравоохранения. Наблюдается ежедневно ухудшающаяся доступность отдельных медицинских услуг, тогда как профилактика почти полностью игнорируется. Недостатки сложности в системе здравоохранения особенно остро чувствуют хронические больные, зачастую с мультипатологиями, которые не способны самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности. Говоря об основных, я имею в виду те потребности, не удовлетворение которых вызывает болезнь и приводит к мучительной смерти. Это потребность дышать, есть, испражняться, двигаться, поддерживать гигиену тела, а также

принимать лекарства и поддерживать безопасные условия среды, такие как соответствующая температура и одежда. Упущения в сфере ухода и опеки всегда приводят к ухудшению здоровья, и, в конечном счете, к тому, что впоследствии пропадают результаты лечения, а страдания усиливаются, госпитализации повторяются и серьезно растут затраты на здравоохранение. Долгосрочная опека нацелена на предотвращение данной ситуации.

Я неоднократно выступала в дискуссиях на тему проблем, которые старается побороть долгосрочная опека. Как поставщики медицинских услуг, так и пациенты видят пренебрежение со стороны политиков, центральных и местных властей. Это чувство основано на отсутствии соответствующих правовых норм, определяющих место данной сферы деятельности в системе здравоохранения, социальной помощи и государственного бюджета. Отсутствуют также правовые нормы, определяющие предметную область долгосрочной опеки. Годами его определяли по аналогии с определением учреждений опеки и лечения, ухода и опеки, содержащимся в законе о медицинских учреждениях. Это привело к тройной монополии Национального фонда здравоохранения в данной области — он является плательщиком, гарантом предоставления услуг и создателем здравохрани-

тельной политики в сфере долгосрочной опеки. Игнорируются также проблемы хронически больных обитателей домов социальной помощи. Все это углубляет и ухудшает и без того сложную ситуацию поставщиков лечебных услуг и пациентов, что отразилось во многочисленных обращениях поставщиков лечебных услуг, неправительственных организаций, политиков.

Г-жа министр здравоохранения постановила созвать Группу по делам долгосрочной опеки и издала 21 июля 2010 г. соответствующее распоряжение («Вед. Вестник Мин. здрав.» № 9, поз. 61, 2010 г.). Работу Группы поддерживает Департамент здравоохранения. Это экспертно-консультативная группа, задача которой — разработать стандарты долгосрочной опеки и предложить министрам здравоохранения и социальной политики решения касательно структуры и организации долгосрочной опеки, совершенствования ее качества и состояния ее средств. И наконец, речь о том, чтобы найти разумное и осуществимое решение проблем, и, таким образом, удовлетворения здравоохранительных потребностей инвалидов. В этом месте дискуссии всегда упоминаются ограниченные возможности Национального фонда здравоохранения и отсутствие иного альтернативного источника финансирования. В связи с моей функцией национального консультанта по вопросам ухода за хронически больными и недееспособными лицами, мне поручили руководить Группой, в состав которой министром назначена госпожа Гражина Смяровска, директор учреждения ухода и опеки в Торуне, которая является также воеводским консультантом по вопросам ухода

за хронически больными и недееспособными лицами, с функциями вице-президента, а также госпожа Барбара Витковска, советник министра в министерстве здравоохранения, с функциями секретаря Группы. В составе Группы следующие специалисты по тематике: проф. поч. д. м. н. Анна Вилмовска-Петрушиньска, которая руководит Советом по делам несамостоятельных лиц при министре здравоохранения, проф. почетный доктор Барбара Бень, руководитель Клиники гериатрии Медицинской академии в Белостоке, почетный доктор Петр Блэндовски, президент Польского общества геронтологии, а также представители: Верховного совета медсестер и акушерок, Министерства труда и социальной политики, Национального фонда здравоохранения, Главного фармакологического инспектората, Департамента медсестер и акушерок, а также Департамента здравоохранения при Министерстве Здравоохранения. Для работы в Группе приглашен и представитель Польского общества парентерального и энтерального питания. Все упомянутые знакомы с проблематикой долгосрочной опеки, а их профессиональная деятельность связана с работой в пользу хронических больных и несамостоятельных.

Первым действием Группы стало определение порядка действий. Чтобы не терять времени, решено начать работу с проекта постановления министра здравоохранения, разработанного несколькими месяцами ранее, по вопросам стандартов действий и медицинских

процедур, выполняемых в здравоохранительных учреждениях в сфере ухода при долгосрочной опеке. Этот проект был представлен руководству Министерства здравоохранения и передан для оценки в отдельных департаментах, а затем передан для внешних консультаций. На втором заседании Группа уже располагала набором замечаний и комментариев по вопросу стандартизации долгосрочной опеки. Их существенная противоречивость и в то же время обоснованность привели к тому, что Группа посвятила все свое заседание дискуссии о сущности долгосрочной опеки и попытке определения сферы предоставляемых услуг. Группа признала, что это важно для выполнения возложенных на нее задач, рассмотрения полученных замечаний и их принятие или непринятие во внимание в окончательной версии постановления, устанавливающего стандарт долгосрочной опеки.

Результатом обсуждений стало общее признание того, что долгосрочная опека должна охватывать лиц, которые в связи с болезнью

зом, услуги медсестер, охватывающие специализированный уход, а также основные действия по уходу и опеке. И все же основным определяющим показанием является потребность в круглосуточной медицинской опеке. Подчеркивается, что долгосрочная опека должна быть комплексной, то есть не должна касаться лишь одного сегмента потребностей, например, основного ухода.

Как следствие принятия вышеприведенных предпосылок для определения долгосрочной опеки, постановление должно включать стандарты специализированных услуг по уходу, таких как процедура по уходу за пациентом со стомой, трахеотомией, пролежнями. Возник вопрос, не должно ли постановление, с учетом вышеуказанного, включить также стандарты терапевтической процедуры в сфере реабилитации, логопедии и психологии. В контексте определения велась дискуссия относительно разделения компетенций и степени участия остальных специалистов, включая врача-диетолога, меди-

Общественное здравоохранение — сфера, которая, несомненно, касается каждого человека, а потому уже много лет мы прикладываем совместные общественные усилия для создания государственной и самоуправляемой системы, нацеленной на создание условий, способствующих охране здоровья.

или травмой становятся зависимыми от помощи других лиц на продолжительный период времени. Такая помощь должна быть связана с продолжением предписанного лечения, включая, главным обра-

зинского опекуна или социального работника.

Заседания Группы в дальнейшем будут посвящены решению этих вопросов. Лишь после определения того, чем должна быть долгосрочная опека и какими станут ее стандарты, можно будет определить, какие изменения в системе здравоохранения и социальной помощи являются необходимыми, чтобы стандартизированная долгосрочная опека смогла применяться на практике.

Работу Группы следует рассматривать как продолжение и в то же время попытку подведения итогов многолетней дискуссии об обеспечении опеки весьма многочисленной группы граждан, нуждающихся в постоянном уходе, а также условий функционирования и финансирования долгосрочной опеки. ■



ДОЛГОСРОЧНЫЙ УХОД В РАМКАХ МЕРОПРИЯТИЙ, СОВМЕСТНО ФИНАНСИРУЕМЫХ НАЦИОНАЛЬНЫМ ФОНДОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Рыбка Мариола,

*национальный консультант в области ухода за людьми с хроническими заболеваниями
и людьми с ограниченными возможностями, Польша*

Увеличение числа людей пожилого возраста и прогресс в медицине поставили современное общество перед проблемами, следующими из потери трудоспособности и ряда заболеваний, характерных для пожилых людей.



Интенсивное развитие медицинского ухода повлияло на снижение уровня смертности, а смертельные болезни стали хроническими заболеваниями. Хроническое заболевание является источником ухудшения качества жизни, что проявляется в ограничении ежедневной активности, пониженным уровнем адаптации к жизни в условиях постоянных социально-экономических изменений. Хроническое заболевание связано с болью, трудным лечением, ухудшением психического состояния и зависимостью от других людей. В этом контексте появляется необходимость оценки результатов ухода, процедур и лечения, которые влияют на улучшение качества жизни.

Состояние здоровья пожилых людей во многом зависит от образа жизни, доступности медицинских и реабилитационных услуг, экономических и социальных факторов. Демографические показатели, касающиеся людей пожилого возраста, являются прямо пропорциональными явлению полипатологии. Многие заболевания, относящиеся к так называемым гериатрическим синдромам, происходят параллельно и усиливают друг друга. Чаще всего это касается заболеваний сердечно-сосудистой системы (75 % населения), опорно-двигательного аппарата (68 %), дыхательной системы (46 %), желудочно-кишечного тракта (34 %), нарушений памяти, равновесия, серьезного ухудшения зрительных и слуховых функций.

С возрастом и при прогрессирующей инволюции значительному снижению подвергается способность к самостоятельному функционированию людей пожилого возраста. Последствием этого является увеличение потребности в услугах в области специализированного ухода. Основной целью мероприятий по уходу, проводимых с людьми пожилого возраста, является распространение образования в области самостоятельного ухода и самообслуживания в области возникающих нарушений и оказание помощи, обуславливающей поддержание здоровья.

За последние полвека в демографической структуре населения

произошли значительные изменения. Актуальная социально-демографическая ситуация в Польше достигла так называемого уровня прогрессирующего старения. Пожилые члены общества сталкиваются со множеством проблем, в том числе экономическими – маленькие пенсии, проблемами здоровья – множество заболеваний, социальными – одиночество. Это некоторые из основных факторов, указывающих на количественную и качественную потребность в долгосрочном уходе. Это явление представляет собой своеобразный вызов для лиц, определяющих политику в области здравоохранения. Важным фактором, указывающим на всестороннюю потребность в этом виде ухода, являются проблемы в области здоровья и функционирования, вытекающие из появившейся нетрудоспособности и множественности заболеваний. Развитие цивилизации, прогресс медицинских наук, с одной стороны, стремится к сохранению жизни, защищаемой конституционно, как и к поддержанию ее благосостояния и эффективности до тех пор, пока это возможно, с другой же стороны – приводят к увеличению числа людей с ограниченными возможностями, с хроническими заболеваниями, нуждающихся в постоянном профессиональном медицинском уходе. Главным критерием, указывающим на потребность в долгосрочном уходе в рамках контракта с Национальным фондом здравоохранения, являются проблемы в области самостоятельности, определяемые с помощью шкалы Бартела, и состояние здоровья. Неиз-

менным элементом стареющего общества является увеличение числа случаев хронических заболеваний приводящих к ограничению возможностей. Наибольшую угрозу представляют собой заболевания сердечно-сосудистой системы, рак, диабет, заболевания опорно-двигательного аппарата.

Конституция Польши гарантирует каждому гражданину равный доступ к медицинским и социальным услугам. Закон об услугах в области здравоохранения, финансируемых из государственных средств, гласит: «Польские граждане имеют право на получение услуг в области здравоохранения, путем принятия мер, нацеленных на сохранение здоровья, предупреждение болезней и травм, раннее выявление болезней, лечение, уход и предупреждение инвалидности и ее ограничение».

Долгосрочный уход охватывает две области: охрану здоровья и социальную помощь. Услуги в области долгосрочного ухода реализуются профессионалами (медсестрами, врачами, терапевтами, реабилитологами, социальными работниками), а также неформальными опекунами (знакомыми, членами семьи, друзьями, волонтерами). Закон о социальной защите регулирует вопросы в области услуг и доступности стационарного ухода в учреждениях социальной защиты и в центрах поддержки, а также доступности домашнего ухода в фор-

ме опекунских услуг. Закон о медицинской деятельности указывает на то, что услуги в области долгосрочного ухода определяются как стационарные услуги круглосуточного характера, отличные от больничных, охватывающие собой уход, опеку и реабилитацию пациентов,

стоящий и долговременный уход и реабилитация с продолжением фармакологического и диетического лечения. Область этих действий охватывает несамостоятельных людей с ограниченными физическими возможностями, тяжело или хронически больных, прошедших

Целью современного долгосрочного ухода является принятие мер, приоритетом которых является забота о качестве жизни людей с ограниченной способностью к самостоятельности.

не нуждающихся в госпитализации; предоставление лекарственных средств и изделий медицинского назначения, помещений и подходящего по состоянию здоровья питания; проведение образовательных мероприятий в области поддержания здоровья для пациентов и членов их семей, а также подготовка пациентов к самостоятельному уходу и самообслуживанию в домашних условиях. Уход за несамостоятельными пациентами и пациентами с хроническими заболеваниями также реализуется в рамках Национального фонда здравоохранения в условиях домашней среды.

Целью современного долгосрочного ухода является принятие мер, приоритетом которых является забота о качестве жизни людей с ограниченной способностью к самостоятельности. Долгосрочный уход – это профессиональный, по-

стадию диагностики и интенсивного лечения, но в связи с серьезными проблемами в области самообслуживания и самостоятельного ухода нуждающимися в обеспечении безопасности их здоровья. Ключевой задачей являются интенсивный уход и реабилитация. Основой долгосрочного ухода является оказание помощи больному человеку и его близким в осуществлении всех возможных действий, нацеленных на как можно более долгое или постоянное пребывание человека с ограниченными возможностями, с хроническими заболеваниями или находящегося в преклонном возрасте, в домашней среде вместе с близкими. Осуществление скординированных действий в области социальной защиты и оказания медицинских услуг способствует улучшению качества услуг и делает условия домашней среды более благоприятными. Компенсационные действия, совершаемые медсестрами, опекунами и терапевтами в отношении несамостоятельных пациентов, людей с хроническими заболеваниями и ограниченными возможностями, нацелены на распознание существующих соматических и психосоматических резервов и их укрепление.

Задачей учреждений социально-медицинского обслуживания и лечебно-профилактических учреждений является подготовка пациента к возвращению домой путем обеспечения непрерывного фармакологического, диетического, реабилитационного лечения, а также проведения образовательных мероприятий и обучения действиям в области самостоятельного ухода и самообслуживания. ■



ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ЦЕНТРОМ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НА ОСНОВЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ

Качмарска Барбара,
член управления Столичного Центра социально-медицинского обслуживания, Польша

Хорава Анна,
полномочный представитель по качеству и аккредитации управления Столичного Центра социально-медицинского обслуживания, Польша

Обеспечение качества является важным вопросом в современном конкурентном мире.

В современных организациях качество становится основой эффективного функционирования, определяющим фактором культуры организации, экономического успеха и залога закрепления на рынке. Это также касается учреждений здравоохранения, которые в результате реформы 1999 года стали работать в системе, подобной конкурентному рынку, с сохранением черт, характерных для услуг здравоохранения.



В настоящее время учреждения социального обслуживания вынуждены конкурировать с другими организациями, и именно качество стало одним из основополагающих факторов, усиливающих их конкуренцию. Свободный выбор пациентом поставщика услуг, контрактная система в сфере закупок и обязанность рационального управления имеющимися ресурсами – это одни из главных факторов, способствовавших тому, что целью поставщиков услуг стало не только предоставление услуг в сфере здравоохранения, но также стремление к предоставлению услуг со-

ответствующего качества таким образом, чтобы они удовлетворяли требования клиентов, потребителей, государства и благодаря этому стали конкурентоспособными в отношении других организаций существующих на рынке.

Вступление в силу 15 апреля 2011 года Закона о медицинской деятельности создало новую реальность для самостоятельных учреждений общественного здравоохранения. Закон позволяет ускорить процесс трансформации учреждений здравоохранения в субъекты торгового права. Целью трансформации организационной формы по замыслу законодателя является улучшение финансовой ситуации учреждений-должников путем погашения задолженностей или предоставление владельцами специфической субсидии для их погашения.

В соответствии с положениями Закона и по приказу президента Варшавы от 2 апреля 2013 года было создано общество с ограниченной ответственностью «Столичный Центр социально-медицинского обслуживания». Общество возникло в результате преобразования трех самостоятельных учреждений общественного здравоохранения.

Учредительный орган назначил уставный капитал общества в размере 100 тысяч злотых.

Общество насчитывает в общей сложности 730 мест.

Учреждения социально-медицинского обслуживания Общества предоставляют медицинские услуги на основе договоров, заключенных с Национальным фондом здравоохранения. Также Национальный фонд здравоохранения подготовил для учреждений социально-медицинского обслуживания новые условия оказания услуг. Касаются они в том числе заявок, представленных в конкурсе. Впервые дополнительных баллов были удостоены учреждения, имеющие сертификаты качества, что имело непосредственное влияние на их позицию во время конкурса заявок.

В связи с созданным таким образом новым внешним окружением, по окончании процесса преобразования из формы самостоятельных общественных учреждений здравоохранения в субъект торгового права, управление Столичного Центра социально-медицинского обслуживания приняло решение о внедрении системы управления качеством согласно модели действующей в учреждении социально-медицинского обслуживания. Основой этого решения были анализ зрелости процедур и многолетний опыт в управлении качеством в учреждении. На протяжении многих лет учреждение предпринимало действия по улучшению качества, адаптируя свою деятельность к действующим стандартам. Совершенствование

подвергалась вся система, отдельные процедуры и инструкции. Благодаря этим действиям, в 2005 году учреждение получило сертификат стандарта качества ISO 9001.

В соответствии с общими принципами достижение высокого качества управления требует идентификации процессов, их интерпретации, мониторинга, постоянного совершенствования и адаптации к изменениям согласно принятой миссии и целей организации. Основной чертой управления процессами являются эластичность и скорость адаптации к актуальным, изменяющимся требованиям внешнего окружения и потребностям нынешнего и будущего рынка услуг здравоохранения, также и в сфере долгосрочного ухода.

В результате анализа изменяющейся ситуации и анализа системы управления качеством в учреждениях Общества были определены новые процессы, происходящие в организации. На этой основе были построены новые карты процессов.

Для их создания необходимы были такие входные данные, как:

1) ключевые, ожидаемые результаты процессов:

– медицинские – реализация услуг здравоохранения на наивысшем уровне (обеспечивающих удовлетворенность пациента, но также и плательщика – Национального фонда здравоохранения и персонала учреждения),

- экономические – поддержание финансовой ликвидности, сохранение и увеличение собственности,
- социальные – сохранение и развитие персонала.

2) формальные и юридические требования (законы, постановления, требования Национального фонда здравоохранения);

3) требования стандарта ISO 9001;

4) требования, следующие из ожиданий:

– учредительного органа (президента Варшавы);

– пациентов,

– поставщиков услуг,

– внешних учреждений (например, Санэпиднадзора, Мазовецкого воеводского управления, Управления социального страхования, Фонда социального страхования сельского хозяйства, Главного статистического управления).

В системе управления качеством Общества определено и описано (при использовании соответствующих операционных документов) следующее разделение (карты) процессов:

1) главные процессы (медицинские):

– принятие пациента в учреждение социально-медицинского обслуживания,

– процесс лечения пациента,

– процесс сестринского ухода,

– процесс реабилитации,

– процесс психологической помощи,



– процесс логопедической помощи,

– процесс трудотерапии,

– выписка пациента из учреждения социально-медицинского обслуживания/завершение пребывания в учреждении;

2) процессы управления (экономические и социальные):

– управление человеческими ресурсами,

– управление финансовыми ресурсами,

– управление недвижимыми ресурсами,

– управление качеством;

3) вспомогательные процессы (экономические):

– приобретение товаров и услуг,

– распоряжение лекарствами,

– питание,

– стирка,

– административная поддержка и управление инфраструктурой,

– секретарское обслуживание,

– депозит пациентов,

– контроль безопасности и охрана труда,

– контроль осмотра медицинского оборудования,

– контроль информационных систем.

Дополнением карт процессов являются документы, представляющие собой описания в форме карточек процессов. Карточки процессов содержат необходимую подробную информацию, касающуюся отдельных процессов. Данные касаются:

- названия процесса,
- цели процесса,
- перечня основных элементов процесса (действий, мероприятий и т.д.),

– владельца процесса,

– исполнителей,



ДОЛГОСРОЧНАЯ ОПЕКА



- перечня документов и записей, связанных с процессом,
- входных данных,
- выходных данных,
- параметров оценки процесса (показатели),
- допустимых значений параметров оценки процесса (например, цели для показателей),
- определения периодов оценки процесса.

Построение карт процессов, подготовка для них карточек процессов и их внедрение непосредственно для конкретных действий во всей организации имело значительное влияние на достижение Обществом значительных результатов. В конце 2013 года Общество зафиксировало финансовый прирост.

Этот положительный результат был обусловлен рядом элементов и действий, к которым в особенности следует отнести реструктуризацию занятости административного персонала, оптимизацию расходов, а также внедрение стандартизации системы управления качеством во всем Обществе.

В ходе его реализации проводилось обучение в области стандарта, подготовки новых внутренних аудиторов, совершенствовались знания аудиторов. Был стандартизирован способ ведения медицинской документации. Это повлияло на оптимизацию контроля за медицинской документацией. Были введены медицинские процедуры: энтерального питания и предупреждения и лечения пролежней. Были разработаны фармакологический справочник для всего Общества и единый план гигиены. Были образованы группы инфекционного кон-

троля и комиссия по предупреждению и лечению пролежней.

После проведенной инвентаризации было закуплено недостающее оборудование. Учреждения перенесли оборудование, которое не использовалось в данной организации. Была введена единая система контроля и периодического осмотра медицинского оборудования.

Тендеры и закупки товаров и услуг для всех учреждений происходят в главной штаб-квартире Общества, это позволяет снизить стоимость закупок. На снижение расходов повлияли также введение одинаковых меню в учреждениях Общества и мониторинг складского хранения.

Раз в год проводятся оценка сотрудников и оценка внутренних и внешних обучений. Результаты этих оценок принимаются во внимание при планировании обучения, при возможном повышении сотрудника или в случае присуждения премий и наград.

В ближайшей перспективе для каждого процесса будут разработаны карточки временного анализа процесса. Карточки помогают в управлении качеством и его улучше-

ной документации (для процесса и для всей организации),

– число и статус корректирующих и профилактических действий в процессе,

– инфраструктурные потребности процесса (например, ремонт, закупка),

– вычисление показателей процесса.

Внимания заслуживает тот факт, что, согласно постановлению председателя Национального фонда здравоохранения, в оценке предоставляемой заявки присуждаются баллы за сертификаты: управление качеством ISO 9001 – 2 балла, и по 1 баллу за сертификаты: управление экологической безопасностью ISO 14001, управление безопасности труда и охрана здоровья ISO 18001, управление безопасности пищевой продукции ISO 22000, управление информационной безопасности ISO 27001.

Внедрение системы управления качеством и получение сертификата позволили учреждениям Столичного Центра социально-медицинского обслуживания получить дополнительные 2 балла в рейтинге

На сегодняшний день не существует принятых стандартов для долгосрочного ухода, необходимых для проведения аккредитации Центром контроля качества. Однако это только вопрос времени, которое – будем надеяться – приведет к измеримому финансовому признанию на конкурентном рынке для учреждений долгосрочного ухода, имеющих аккредитацию.

ния, а также способствуют своевременному отслеживанию эффективности или угрозы процессам.

Карточка анализа процесса будет включать в себя:

- название процесса,
- ответственного за процесс,
- отчетный период,
- информацию о задачах для реализации в рамках процесса (например, после управленического обзора, в результате внутренних аудитов и т.д.),
- проблемы функционирования процесса и пути их решения,
- оценку работников реализующих процесс (например, потребности занятости, потребности в обучении и т.д.),
- объявление предложения усовершенствования системы и систем-

ге оценки заявок, отправленных в Национальный фонд здравоохранения, и получить большую квоту для контрактных услуг.

На основании анализа преимуществ внедрения и сертификации системы управления качеством согласно стандарту ISO 9001, Столичный Центр социально-медицинского обслуживания (ООО) начал процесс внедрения следующих двух стандартов: управления экологической безопасностью ISO 14001 и управления безопасности труда и охраны здоровья ISO 18001. Эти изменения позволят Обществу в осуществлении дальнейшей оптимизации управления и получении новых дополнительных баллов при заключении договоров с Национальным фондом здравоохранения. ■

СТАНОВЛЕНИЕ СИСТЕМЫ InterRAI (МЕЖДУНАРОДНОГО ИНСТРУМЕНТА ПО ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ) В ЗАБОТЕ ОБ УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА УХОДА ЗА ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ

Щербинска Катажина,

д.м.н., доцент кафедры эпидемиологии и профилактической медицины Ягеллонского медицинского университета в Кракове, представитель Польши в Ассоциации InterRAI, Польша

Основной целью реформы было улучшение качества ухода за пожилыми людьми, проживающими в учреждениях здравоохранения. По заказу федерального правительства была собрана группа ученых, которая больше года занималась разработкой документоформы ежедневной оценки состояния пациента, пребывающего в учреждении здравоохранения (Инструмент по оценке состояния пациентов – RAI). После этого была введена обязательная процедура регулярной (проводимой раз в 3 месяца) оценки пациентов в учреждениях долгосрочного ухода с использованием упомянутой документоформы. Другим крайне важным элементом системы была разработка стандартов поведения в случае наиболее распространенных проблем со здоровьем пациентов учреждений долгосрочного ухода

Выявление в 70-х годах прошлого века большого количества нарушений в области ухода, осуществляемого в учреждениях социального обслуживания для людей с хроническими заболеваниями в Соединенных Штатах Америки стало поводом для принятия в 1987 году Акта OBRA'87 (Всобщего закона об урегулировании бюджетных противоречий), который положил начало реформе в сфере долгосрочного ухода.

стандартов поведения) является эффективной, то есть гарантирует улучшение качества ухода. Система InterRAI, благодаря раннему обнаружению проблем со здоровьем, дает возможность быстрого внедрения соответствующих стандартов поведения и таким образом позволяет улучшить состояние здоровья и качество жизни пациентов. В последующие годы постепенно развивались отдельные элементы системы, а именно были разработаны показатели качества долгосрочного ухода и основы финансирования услуг, остающиеся в тесной связи с потребностями пациентов в об-



ской документации, которая используется для различного типа анализа. Эта система состоит из нескольких элементов:

- анкеты, с помощью которых собирается информация о состоянии здоровья и связанных со здоровьем потребностях пациентов (адаптированные для оценки пациентов, получающих уход в различных формах: в форме стационарного долгосрочного ухода и ухода, осуществляемого за пациентом на дому, в больничном и послебольничном уходе, в психиатрических учреждениях, в паллиативном уходе, в учреждениях для пожилых людей);
- стандарты поведения, разработанные в форме алгоритмов, со-

Система InterRAI, благодаря раннему обнаружению проблем со здоровьем, дает возможность быстрого внедрения соответствующих стандартов поведения и таким образом позволяет улучшить состояние здоровья и качество жизни пациентов.

(CAPs – Протоколы клинической оценки), например, в случае выявления когнитивных расстройств, депрессии, поведенческих расстройств, недостатка питания, боли, повышенного риска падений или возникновения пролежней.

Было выявлено, что только совокупность двух этих элементов (оценки состояния здоровья и

ласти здоровья и ухода. Оказалось, что собираемые с помощью анкеты данные о пациентах нашли более широкое применение в анализе, имеющим существенное значение для организации охраны здоровья и политики здравоохранения.

На сегодняшний день система сбора информации о пациенте InterRAI имеет характер медицин-

ДОЛГОСРОЧНАЯ ОПЕКА



держащих актуальные клинические рекомендации в области медицинских процедур и ухода за пациентами (CAPs – Протоколы клинической оценки);

– показатели качества стационарного и домашнего долгосрочного ухода;

– система квалификации пациентов в группы больных с аналогичными требованиями в области медицинских услуг (Индекс сложности случаев (Case Mix Index) – показатель сложности ведения больных, отражающий долю сложных случаев и размер ставок возмещения стоимости медицинских услуг страховыми компаниями);

– группы услуг – пакеты процедур, которые полагаются определенным группам пациентов и имеют свою оценку (RUG-III – The Resource Utilization Groups – ДСГ – Диагностически связанные группы).

Описанная система сбора информации выполняет несколько функций. Это:

1. Диагностика психических, общественных, социальных и связанных со здоровьем проблем и потребностей пациентов.

Для достижения этой цели служат анкеты, разработанные на основе комплексной гериатрической оценки и содержащие все ее элементы, которые также могут использоваться в целях клинической оценки пациентов. Анкеты дают возможность раннего выявлению проблем, типичных для пожилых, ограниченных в воз-

можностях или психически нездоровых людей, клинических проблем, а также помогают адаптировать план ухода к индивидуальным потребностям пациентов.

Анкеты составлены таким образом, чтобы их могли заполнять как медсестры, так и сиделки и другой медицинский персонал (врачи, физиотерапевты, социальные работники). Анкеты имеют вид стандартизированной формы исследования пациентов с четкими критериями, что облегчает сохранение объективности при оценке состояния здоровья и взаимную коммуникацию персонала междисциплинарной группы при передаче информации о пациенте (персонал, независимо от профессии и уровня образования, говорит на одном языке, используя для описания состояния здоровья одни и те же критерии).

2. Измерение показателей здоровья.

Анкеты содержат несколько шкал оценки состояния здоровья пожилых людей (в том числе шкалу оценки физического состояния с точки зрения повседневной жизнедеятельности, когнитивных функций, депрессии, поведения, настроения, риска падений, риска возникновения пролежней и другие). Эти шкалы характеризуются подтвержденными исследованиями, точностью и достоверностью. Благодаря этому анкеты позволяют дать объективную оценку состояния здоровья и качества жизни пациентов.

Следует подчеркнуть, что с этой точки зрения анкеты InterRAI можно использовать попаременно с другими шкалами, используемыми в рамках комплексной гериатрической оценки (КГО). Регулярная оценка позволяет контролировать состояние здоровья пациентов и корректировать осуществляемый уход.

3. Планирование ухода.

На основании результатов оценки с помощью анкет InterRAI работник, производящий эту оценку (чаще всего медсестра или сиделка) в случае обнаружения проблем со здоровьем должен провести дальнейшее более подробное обследование, а также начать проведение процедур по уходу и терапевтических процедур, описанных в планах по уходу, разработанных коллективом InterRAI. Предлагаемые планы по уходу (CAPs – Протоколы клинической оценки) были разработаны на основе действующих обязательных принципов наилучшей клинической практики и каждые несколько лет подлежат пересмотру.

4. Измерение качества ухода.

При помощи анкетирования InterRAI на основании оценки всех пациентов, пребывающих в данном учреждении, можно определить показатели качества ухода. В свою очередь, повторяющиеся подряд оценки помогают контролировать качество ухода за пожилыми пациентами и сравнивать разные учреждения с точки зрения качества оказываемого в них ухода.

СИСТЕМА КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ

5. Адаптация медицинских услуг и их финансирования к реальным потребностям в области здоровья пациентов.

С этой целью была разработана система типологии больных по диагностически связанным группам (Case Mix), которая учитывает все сведения о характеристиках пациентов (демографических, социальных и связанных с состоянием здоровья), определяемых в ходе исследования анкетой InterRAI. Система распределяет их по отдельным группам больных с подобными потребностями с точки зрения оказания медицинских услуг. В результате многолетних широкомасштабных исследований по измерению времени, затрачиваемого работниками по уходу за больными при проведении определенных процедур, был оценен объем работ в рамках ухода за конкретными группами пациентов. Это позволило разработать для учреждений долгосрочного ухода классификацию стационарных больных по диагнозу и стоимости оказываемой помощи (ДСГ – Диагностически связанные группы), устанавливая зависимость финансирования услуг от группы потребностей в области здравоохранения. Тем самым оценка состояния здоровья пациентов стала основой для определения потребностей в области ухода и оценки,

связанных с этим расходов, что в результате привело к принятию принципа определения стоимости контрактов в зависимости от потребностей в сфере охраны здоровья конкретных групп пациентов, за которыми осуществляется уход. Такая взаимосвязь возврата денег за оказанные услуги и состояния здоровья с реальными потребностями пациентов имеет значение как для людей, осуществляющих уход, так и для плательщиков.

Распространение системы InterRAI в мире

Возрастающий интерес к успехам описываемой системы привел к образованию в 1992 году международной ассоциации InterRAI. На сегодняшний день ассоциация состоит из 50 ученых (клиницистов, а том числе гериатров, геронтологов, психиатров, психологов и социологов, специалистов по общественному здоровью и управлению, а также статистов) из 37 стран мира. Их миссия состоит в улучшении качества ухода за пожилыми людьми, лицами с ограниченными возможностями, несамостоятельными лицами, а целью является продвижение ухода за этой группой пациентов в соответствии с действующими клиническими стандартами, а также оказание влияния на полити-

ческие решения путем предоставления соответствующих анализов показателей здоровья и показателей спроса на медицинские и операционные услуги.

Концепция InterRAI возникла в Соединенных Штатах Америки и там развилась наиболее активно при значительной поддержке федеральных властей и властей штата, а начиная с июля 1998 года эта концепция является основой государственной системы закупок и системы расчетов, касающихся сферы долгосрочного ухода через государственные программы медицинской помощи Медикейд (Medicaid) и Медикэр (Medicare). Система InterRAI была хорошо принята в Канаде, где все, за исключением провинции Квебек, используют эту систему в качестве обязательной. Попытки использования системы InterRAI в рамках научных исследований или в форме экспериментальных проектов предпринимаются также в большинстве стран Европы (внедрение в Финляндии, Бельгии, Исландии, Голландии, Швейцарии, Испании, Италии; исследования в Дании, Франции, Австрии, Чехии, Эстонии, Швеции, Норвегии) (рис. 1).

Анализ опыта внедрения этой системы в разных государствах предоставляет информацию в контексте потенциальных возможностей ее использования в Польше. Важным в этом вопросе является момент внедрения, технологические возможности и действия, идущие снизу от коллективов. Ключевым импульсом, который позволит сделать быстрый шаг вперед, однако, является поддержка государственных или муниципальных властей, подкрепленная принятием законодательной инициативы.

Например, в Исландии введение системы InterRAI в качестве обязательной во всех учреждениях долгосрочного ухода и эквивалентах наших учреждений социального обслуживания происходило своевременно, когда в этой стране еще не существовало интегрированной системы сбора данных. Таким образом, принятие этой концепции значительно сократило срок разработки государственной стратегии развития долгосрочной опеки. В Испании интерес к сред-



Рис. 1. Карта, показывающая страны, в которых применяется система InterRAI

ДОЛГОСРОЧНАЯ ОПЕКА

ствам InterRAI возрос в 2002 году, когда проводилась работа над законопроектом «о несамостоятельности» пожилых людей. Тогда было отмечено, что анкеты InterRAI могут послужить для установления критериев, определяющих степень зависимости, которая была бы основой для получения определенных прав людьми старшего возраста. В Финляндии уже одна треть учреждений долгосрочного ухода использует систему InterRAI, что является результатом тесного сотрудничества министерства здоровья и социальной защиты, Национального института здоровья и социального обеспечения (National Institute for Health and Welfare) и фирмы Raisoft Ltd, которая разработала компьютерную программу по сбору и анализу данных. Новые технологии постепенно способствуют замене бумажной документации электронной. Это облегчает работу медсестер и может способствовать повсеместному использованию системы InterRAI. Во многих странах (в Финляндии, Австралии, Канаде, Бельгии) была разработана компьютерная программа регистрации данных, получаемых при помощи анкеты InterRAI. Сразу после введения данных в подручный электронный блокнот использующие его врачи или медсестра получают распечатку в форм

ме краткого отчета, содержащего описание проблем пациента в области здоровья. Использование этого устройства (напоминающего интернет-планшет) позволяет сразу же получить предварительный диагноз и приступить к принятию надлежащих мер (то есть направить пациента к конкретным специалистам и внедрить определенные стандарты ухода). Кроме того, введенные в компьютер данные обрабатываются в форме отчетов, которые помогают управляющему составу и направляются для системного анализа, проводимого на региональном или государственном уровне (рис. 2).

Следует подчеркнуть, что поддержка правительства или местного самоуправления в форме введения соответствующего правового регулирования значительно упрощает и обеспечивает реализацию системных решений. Примером является Канада, где в 1993 году президент Ассоциации больниц в Онтарио обратился к министру здравоохранения с просьбой начать систематический сбор подробных данных в области долгосрочного ухода, который посчитал необходимым для эффективного управления этого сектора здравоохранения. После 2 лет исследований, в 1995 году, интегрированная система сбора информации при

использовании анкет InterRAI (ранее называемых MDS 2.0) была введена в качестве обязательной во всех учреждениях долгосрочного ухода в Онтарио. Следующим шагом было создание в 1996 года Комиссии по реструктуризации услуг здравоохранения (Health Services Restructuring Committee), которая в результате тестирования системы InterRAI привела к значительной дифференциации критериев классификации пациентов по разным формам ухода и выделения в системе здравоохранения новой формы: больниц долгосрочного ухода. Следствием этих изменений было принятие в 1998 году министром здравоохранения и социального обеспечения в провинции Онтарио Диагностически связанных групп (ДСГ) в качестве основы финансирования. Вскоре после этого была создана сеть качества учреждений, использующих систему InterRAI (MDS Quality Network).

В Польше проводятся работы над стратегией развития долгосрочного ухода, закона, о страховании лиц с ограниченными возможностями (известного в народе как «страхование по уходу»), планируется введение обязанности электронной медицинской документации в учреждениях долгосрочного ухода, внедряются новые технологии (такие как iPad – интернет-планшет), и все чаще сообщество долгосрочного ухода требует точной оценки стоимости контрактов, отражающей реальные расходы по уходу, а пациенты и их семьи требуют оценки качества ухода. Кажется, сейчас самый подходящий момент для внедрения системы, отвечающей характеристикам программы InterRAI. ■

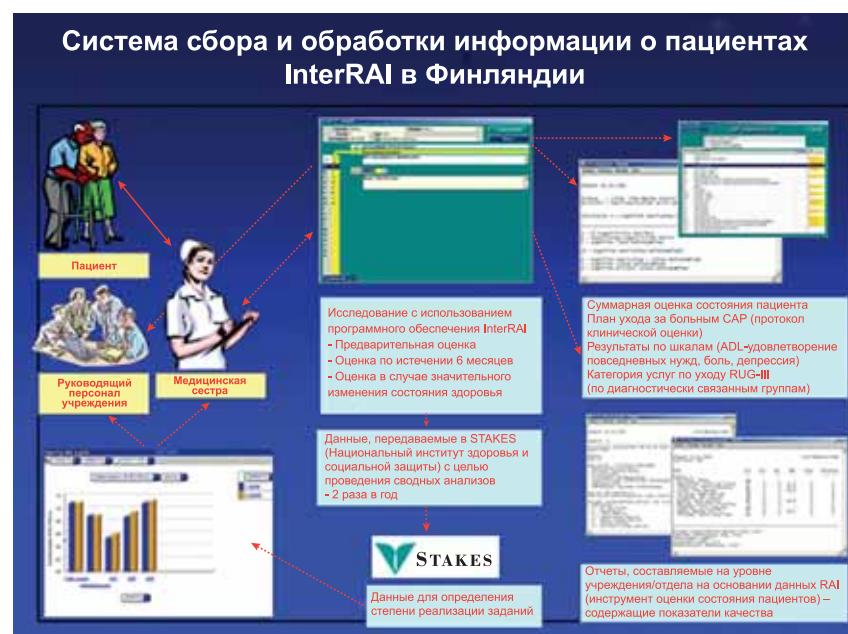


Рис. 2. Карта, показывающая использование данных, получаемых в рамках программы InterRAI в Финляндии (с согласия др. Magnus Björkgren)

ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ПОЛЬЗА И ТРУДНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ **InterRAI** В СВЕТЕ ПОЛЬСКОГО ОПЫТА

Щербинска Катажина,

д.м.н., доцент кафедры эпидемиологии и профилактической медицины Ягеллонского медицинского университета в Кракове, представитель Польши в Ассоциации *InterRAI*, Польша

Мойса Веслава,

ассистент отделения семейной и социальной медицины Медицинского университета в Белостоке, Польша

Вуйчик Гражина,

ассистент отделения социальной медицины факультета наук о здоровье Варшавского медицинского университета, Польша

Следует подчеркнуть, что исследования эти носят первооткрывательский характер и как ни одни другие позволяют составить всестороннее описание пациентов, за которыми такой уход осуществляется. Исследования позволяют составить точное описание степени несамостоятельности пациента в его повседневной активности (ADL – Activities of Daily Living), степени нарушения познавательных функций, проявления депрессии, степени усиления боли, риска развития пролежней, риска падений, недостатка питания и других гериатрических проблем. Благодаря исследованиям становится возможным мониторинг состояния пациента, за которым осуществляется уход, а также сравнение пациентов в зависимости от формы ухода, к которой они относятся. Инструмент *InterRAI*, является серьезным вызовом для медицинских сестер, которые ежедневно при осуществлении долгосрочного ухода

На сегодняшний день в Польше в рамках исследовательских работ были предприняты попытки использования инструментов *InterRAI* в долгосрочном стационарном уходе – в учреждениях социального обслуживания, учреждениях социально-медицинского обслуживания, а также в уходе за пациентом, осуществляющем на дому.

тающих в системе Национального фонда здравоохранения (НФЗ), существует негативный стереотип, касающийся усваивания всех новых образцов документации как очередной административной обязанности, возложенной на них пользовательщиком, то есть НФЗ. В свете нашего опыта можно добиться изменения такого отношения с помощью обучения, которое представляет собой метод использования полученных данных в клинической практике. Применение методов *InterRAI* может привести к тому, что медицинская документация станет средоточием ценной информации, которая может быть использована в целях лучшего понимания проблем пациентов и планирования ухода. В процессе подготовки медсестер

чения инструментов *InterRAI* для повышения квалификации медсестер в сфере долгосрочного ухода, а также для совершенствования процесса диагностики, а следовательно, лечения и ухода, как правило, происходят положительные изменения, выражющиеся в росте заинтересованности в применении этих инструментов. На следующем этапе мы разъясняем работникам структуру анкеты, принципы оценки отдельных параметров и элементы, вызывающие вопросы и сомнения.

Медсестры, использовавшие эти анкеты, отмечали, что в первый раз заполнение длилось долго – 60–90 минут, поскольку требовало внимательного прочтения с целью ознакомления с критериями оценки. Однако после изучения этих критериев время заполнения сократилось до 20–30 минут. Заполнявшие отмечали, что с каждым заполнением анкеты они набирались опыта и учились тому, на какие симптомы и характеристики, должны обращать внимание. Таким образом, анкета *InterRAI* выполняет образовательную роль, поскольку учит комплексной гериатрической оценке, выходящей за пределы медицинских параметров. Многие медсестры

Применение методов *InterRAI* может привести к тому, что медицинская документация станет средоточием ценной информации, которая может быть использована в целях лучшего понимания проблем пациентов и планирования ухода.

да систематически используют простые шкалы, например, шкалу Бартела, или периодически – шкалы Нортон или Дугласа. В то же время в подсознании медсестер, рабо-

т к применению системы следует уделить особое внимание мотивирующим аргументам, отвечая на вопрос: «для чего это нужно?» После тщательного объяснения зна-

ДОЛГОСРОЧНАЯ ОПЕКА

Анкета InterRAI выполняет образовательную роль, поскольку учит комплексной гериатрической оценке, выходящей за пределы медицинских параметров. Многие медсестры подчеркивали, что раньше не реагировали на некоторые симптомы и жалобы пациентов, считая их несущественными.

подчеркивали, что раньше не реагировали на некоторые симптомы и жалобы пациентов, считая их несущественными. Вот высказывание одной из медсестер: «Я не отдавала себе отчета в том, что так много пациентов имеют симптомы депрессии. Теперь я знаю, на что следует обращать внимание и как интерпретировать эти симптомы».

Преимуществом анкеты InterRAI является то, что для ее заполнения не требуется задавать много вопросов пациенту, поскольку медсестра заполняет ее на основании собственных наблюдений за пациентом в течение нескольких дней. Медсестра может заполнить анкету в удобное для нее время, например, на дежурстве, а остальные вопросы решить в комнате пациента. Анкета исчерпывающим образом описывает все медицинские, психологические, общественные и социальные проблемы пациентов. Таким образом, анкета может в конечном счете заменить использовавшуюся ранее документацию и вытеснить оценку с помощью других трудоемких шкал, таких как Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE – Mini Mental State Examination), Гериатрическая шкала депрессии (Geriatric Depression Scale by Yesavage), шкала повседневной активности (ADL – Activities of Daily Living scale), шкала скрининга нутриционного статуса (MNA – Mini Nutritional Assessment), шкала оценки риска падений, возникновения пролежней и другие.

В условиях высокой текучести кадров, особенно в учреждениях долгосрочного ухода и социальной помощи, вопрос непрерывного обучения играет важную роль. Основной вопрос: как дешево и быстро подготовить сотрудников для работы в учреждениях долгосрочного ухода и для взаимодействия с профессионалами в этой области? Анкета, по своей форме напоминающая структурированное медицинское исследование и одновремен-

но использующая точные критерии оценки пациента, делает возможным взаимопонимание между профессионалами и работниками, не имеющими соответствующего образования. Если пациент имеет тяжелую форму слабоумия, т.е. по шкале CPS = 5, то для всех эта информация имеет одно и то же зна-

щихся к различным формам ухода. В результате исследований проводимых в 2005–2010 годах доктором Щербиньской (Szczerbinska) в нескольких учреждениях социального обслуживания и учреждениях социально-медицинского обслуживания, было установлено, что степень несамостоятельности пациентов в этих учреждениях отличается, что, вероятно, является результатом принципов распределения пациентов в учреждения социально-медицинского обслуживания (ZOL) (индекс Бартела < 40 баллов) (рис. 1).

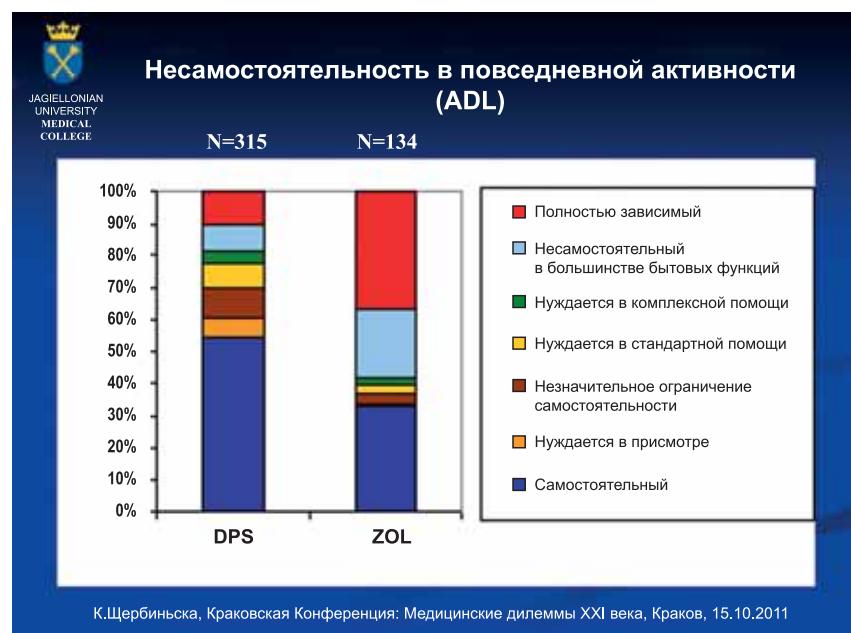


Рис. 1. Число пациентов с различной степенью несамостоятельности в повседневной активности (ADL) в зависимости от места пребывания, где: DPS – учреждение социального обслуживания, ZOL – учреждение социально-медицинского обслуживания)

чение: пациент имеет нарушение познавательных функций высокой степени, что требует постоянного наблюдения и ухода с точки зрения функций самообслуживания – необходимо внедрение соответствующих стандартов поведения. Это является сигналом, что пациента необходимо направить к конкретным специалистам с целью постановки диагноза что, однако, не отменяет выполнения определенных медицинских и обслуживающих функций, описанных в стандартах InterRAI.

Повсеместное использование системы InterRAI делает возможным сравнение пациентов, относя-

щихся к различным формам ухода. Дифференциация пациентов с точки зрения степени нарушения познавательных функций менее выражена в учреждениях социально-медицинского обслуживания (ZOL), несмотря на значительно более высокие финансовые затраты в этих учреждениях по сравнению с учреждениями социального обслуживания (DPS). Сравнивая эти результаты с результатами, полученными в Финляндии, можно сделать вывод, что разница между подобными учреждениями там является более выраженной. Определенной неожиданностью оказались результаты социальных исследований, проводимых док-

СИСТЕМА КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ

тором Мойса, которые показали, что частота случаев нарушений познавательных функций и степень их тяжести были выше у пациентов, за которыми долгосрочный уход осуществлялся на дому, по сравнению с пациентами, пребывающими в учреждениях социального и социально-медицинского обслуживания. Эти результаты могут указывать на необходимость разработки абсолютно нового подхода к финансированию различных форм ухода (рис. 2).

В настоящее время в польских учреждениях долгосрочной ухода нет разработанной системы оценки качества ухода. Система InterRAI делает возможной оценку качества ухода, используя клинические показатели. Одним из таких показателей является частота проявления боли. Сравнение учреждений социального обслуживания (DPS) и учреждений социально-медицинского обслуживания (ZOL) показало, что контроль над проявлениями боли в этих учреждениях находится на высоком уровне, однако до сих пор примерно 9,75 % пациентов в DPS и 6,77 % пациентов в ZOL жалуются на ежедневную боль разной степени выраженности, а примерно 0,31 % пациентов в DPS и 0,75 % в ZOL – на парализующую боль. В долгосрочном домашнем уходе проявление боли и ее усиление у пациентов отмечалось чаще: целых 28 % пациентов жаловались на боль разной степени выраженности, из них 2 % чувствовали парализующую боль (рис. 3).

В свою очередь проявление симптомов депрессии, которые также относятся к показателям качества ухода, наблюдается значительно чаще в учреждениях социального обслуживания (38 % жителей), чем в учреждениях социально-медицинского обслуживания (20 % пациентов) и в долгосрочном домашнем уходе (24 % пациентов), что подтверждает тот факт, что пребывание дома или перспектива возвращения домой связаны с более редкими проявлениями депрессии.

Подытоживая представленный здесь польский опыт, можно сделать вывод, что использование системы InterRAI вызвало положительную



Рис. 2. Число пациентов с различной степенью нарушений познавательных функций в зависимости от места пребывания (DPS, ZOL, домашний долгосрочный уход)



Рис. 3. Проявление боли различной степени выраженности у пациентов, пребывающих в учреждениях социального обслуживания (DPS), учреждениях социально-медицинского обслуживания (ZOL) или при долгосрочном уходе на дому

реакцию медсестер, позволив им лучше понимать проблемы пациентов. Сравнение результатов исследования пациентов, охваченных различными формами ухода, указало на проблему пребывания в учреждениях пациентов с серьезными нарушениями физического и психического здоровья, которые чаще жа-

лются на боль и недомогания.

Жители учреждений социального обслуживания находятся в значительно лучшем состоянии, в то же время у них чаще обнаруживаются проявления депрессии. Проведение такого типа исследований в более широких масштабах обеспечило бы Польше получение

ДОЛГОСРОЧНАЯ ОПЕКА

уникальных данных на тему состояния здоровья пациентов, пребывающих в различных видах учреждений долгосрочного ухода, делая возможным проведение анализов и сравнений, которые в нашей стране являются редкостью.

Размышления над применением инструментов InterRAI в долгосрочном домашнем уходе

Долгосрочный медицинский домашний уход – это новая категория медицинских услуг, которая была введена впольскую систему здравоохранения вместе с развитием системы медицинского страхования. Развитие этой области в масштабах всей страны произошло в начале этого века, и в течение последних 10 лет эта услуга стала доступна в рамках медицинского страхования для пациентов большинства учреждений страны. В этот период многократно менялось название услуги и подробные правила ее реализации, однако суть услуги осталась в своем первоначальном варианте.

Долгосрочный медицинский домашний уход направлен на людей, имеющих значительные проблемы в самостоятельном уходе на уровне 0–40 баллов по 100-балльной шкале Бартела, находящихся в разном возрасте и состоянии здоровья, которое не требует лечения в условиях больницы; которые не хотят или не могут пребывать в стационарных учреждениях долгосрочного ухода. Медицинская сестра, работающая в сфере долгосрочного домашнего ухода, может ухаживать только за 6 пациентами на дому (или за 12 жителями учреждений социального обслуживания). Пациенты долгосрочного медицинского домашнего ухода пользуются также услугами врача и семейной медсестры, которых указали в заявлении о выборе врача.

Характерной чертой медицинских учреждений функционирующих в сфере долгосрочного ухода является то, что структура реализуемых ими медицинских услуг и возникающих проблем в большой степени тесно связана с медицинским ух-

одом как наукой; охватывает область компетенции клинических наук (таких как неврология, психиатрия, гериатрия) в то же время, выходя далеко за ее пределы; требует применения знаний социальных наук, юриспруденции, а также большой компетенции в области сотрудничества с семьей и местным сообществом. Вследствие сравнительно короткого периода развития долгосрочный уход в нашей стране не разработал до сих пор собственных диагностических и терапевтических стандартов. Отсутствуют проверенные инструменты, которые были бы помощью для всех профессионалов, работающих в этой области, а для пациентов – еще одной гарантией правильного диагноза и соответствующего ухода.

Согласно исследованиям, проведенным доктором Мойса (Mojsa) в 2009–2010 годах, то есть по истечении относительно короткого периода практики и развития этой формы оказания услуг, следует, что подопечные долгосрочного медицинского домашнего ухода представляют собой специфическую группу. Большинство из них составляют женщины (66 %), лица в возрасте и старше 80 лет (57 %), чаще всего живущие с другими членами семьи, редко в квартирах, оборудованных под потребности

людей с ограниченными возможностями (18,2 %). Целых 39 % исследуемых это люди, прикованные к кровати (из них только 1 % был в состоянии покидать жилище), а остальные вынуждены пользоваться вспомогательным оборудованием или перемещаются на инвалидных колясках. Преобладающее большинство это также люди, полностью зависящие от помощи других лиц при выполнении повседневных бытовых функций, при самообслуживании – чего следовало ожидать, принимая во внимание используемые Национальным фондом здравоохранения критерии для предоставления долгосрочного медицинского домашнего ухода (рис. 4).

Поразителен тот факт, что никто из исследуемых не пользовался услугами по уходу и специализированными услугами, оказываемыми в рамках социальной защиты, а незначительный процент исследуемых (3 %) получал денежные пособия. Для пациентов долгосрочного медицинского домашнего ухода характерна высокая смертность (15 % умерло в течение 90 дней наблюдения), зависящая от возраста (80 % умерших достигло или превысило 80 лет), а также вытекающая из критериев квалификации под эту форму ухода людей с множеством

Несамостоятельность в повседневной активности (ADL)

N=100

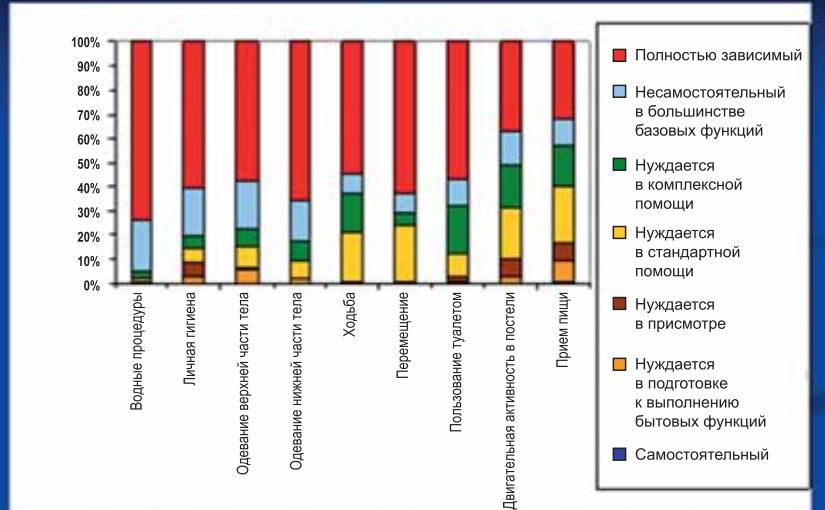


Рис. 4. Степень несамостоятельности в области выполнения отдельных функций повседневной жизни у пациентов, получающих долгосрочный уход на дому

хронических заболеваний (у 18 % обнаружено 7–8 болезней) и значительная потеря самостоятельности.

Новейшие исследования с применением InterRAI Home Care («Домашний уход») были проведены под руководством магистра Вуйчик (Wójcik) в 2011–2012 годах при участии 350 пациентов, пользующихся услугами долгосрочного медицинского ухода на дому, на территории трех воеводств: Mazowieckiego, Podkarpackiego и Łódzkiego. Материалы исследований находятся на конечной стадии анализа результатов, но на нынешнем этапе может быть передана предварительная информация о полученных данных. Обследованные пациенты характеризуются большими различиями в состоянии здоровья, способности к самостоятельному уходу и доступности для них медицинских и социальных услуг. Полученные данные позволяют составить описание популяции пациентов, а также дать оценку эффективности функционирования медицинского и социального ухода по отношению к пациентам сферы долгосрочного ухода.

В результате этих исследований было сделано несколько наблюдений: в случае пациентов с большими нарушениями познавательных

матической работы с пациентом. Заслуживает внимания также тот факт, что инструмент систематизирует начатую с пациентом работу и указывает на аспекты качества жизни людей с хроническими заболеваниями, о которых медсестры часто говорят, но которые не отмечают в медицинской документации. Точная оценка проблем и потребностей пациентов учитывает нагрузку на обслуживающий персонал и позволяет планировать уход. Инструмент позволяет произвести всестороннюю оценку проблем пациента, включая информацию о прописанных врачом лекарствах, а также не прописанных, но принимаемых; изменения доз пациентом или временного перерыва в принятии выбранных лекарств, например, из финансовых соображений. Анкета выполняет роль, интегрирующую уход за пациентом. Структура анкеты, принимая во внимание различные аспекты здоровья и функционирования пациента, ставит перед медсестрой долгосрочного ухода дополнительную задачу необходимости налаживания сотрудничества не только с врачом, но также с работниками социальной защиты.

Наиболее важным постулатом, который следует из предыдущих исследований, является утверж-



речня услуг доступных пациентам. Оптимальным решением было бы также обеспечение надлежащих технических условий для проведения оценки, то есть электронной версии устройства, доступной на ноутбуках / планшетах, учебника для исследователей/персонала или пользователей (на данный момент учебник доступен в англоязычной версии на сайте www.interrai.org; польская версия учебника находится в разработке) и доступ к консультантам или экспертам, например, сосредоточенным в образовательном центре.

Введение всесторонней диагностики пациента долгосрочного ухода с использованием системы InterRAI должно также облегчить разработку новых принципов финансирования услуг здравоохранения в этой области, которая представляет собой отход от фиксированных, усредненных ставок, основанных на принципе «человеко-день»

функций InterRAI может быть инструментом для начальной и отсеивающей оценки. Однако этот инструмент не может быть использован на первой консультации, проводимой с пациентом и его семьей в день назначения ухода, поскольку для формирования оценки с помощью системы InterRAI необходимо длительное наблюдение пациента. По этой причине для таких пациентов анкета InterRAI не может полностью заменить ранее использованную медицинскую документацию в домашнем уходе. Этот инструмент должен быть использован не ранее чем через 2–3 недели систе-

дение, что внедрение нового комплексного диагностического инструмента должно быть тесно связано с введением стандартов ухода и алгоритмов поведения с пациентами долгосрочного ухода. Это было бы серьезным шагом в направлении качества долгосрочного ухода, реализуемого в соответствии с действующими положениями. В целях упрощения повсеместного использования анкеты InterRAI в Польше пригодилась бы дальнейшая адаптация инструмента к условиям польской системы здравоохранения, например, с помощью расширения пе-

Введение всесторонней диагностики пациента долгосрочного ухода с использованием системы InterRAI должно также облегчить разработку новых принципов финансирования услуг здравоохранения в этой области, которая представляет собой отход от фиксированных, усредненных ставок, основанных на принципе «человеко-день»

март 2017

МЕЖДУНАРОДНАЯ СИСТЕМА InterRAI – СОВРЕМЕННЫЙ ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА РАБОТЫ И ЭФФЕКТИВНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Случевская Софья Федоровна,

доцент кафедры психологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Россия

Бондаренко Тамара Викторовна,

исполнительный директор НП «Объединения компаний индустрии услуг старшему поколению», Россия

Майорова Елизавета Юрьевна,

доцент кафедры менеджмента, СПб филиал ФГОБУ ВПО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», Россия

В стационарных учреждениях системы здравоохранения и социальной защиты населения, предоставляющих медико-социальную помощь пожилым людям, чаще всего обслуживание проводится на долговременной основе (21 день и более). Такой принцип получил в зарубежной литературе название «долговременная помощь». Как потребителю объективно оценить качество предоставления медико-социальной долговременной помощи?



O

ценка качества услуг происходит на основе собственного опыта и является весьма субъективной. Критерии оценки потребителя, такие как доброжелательность персонала, запахи в подразделении, украшения на стенах и т.д. недостаточны для профессионалов. При выборе организации в качестве поставщика услуг для пожилого человека как самим будущим пациентам, так и членам их семей приходится ориентироваться на мнение знакомых людей, столкнувшихся с похожими проблемами. Чаще всего родственникам пациентов приходится доверять государственным и частным учреждениям, чья доступность в настоящее время очень низкая. Руководители учреждений и организаций, работающих с пожилыми людьми, для анализа работы используют объективные показатели, такие как: число койко-дней, занятость койки в году, число пролеченных больных, использование дорогостоящих препаратов и так далее. Эти показатели требуют и вышеупомянутые организации. Но эти показатели не отражают реальный уровень и качество предоставленной учреждением помощи для каждого отдельного потребителя и не характеризуют эффективность используемых в организации помощи методик и финансирования.

СИСТЕМА КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ

Такие проблемы характерны не только для нашей страны. Вопрос о разработке системы оценки качества помощи по критериям, максимально приближенным к потребности клиента-пациента, актуален для многих стран. Субъективные оценки качества помощи разработаны, и количество исследований в последние годы становится все больше и больше. Однако только динамика био-психо-социо-духовного состояния пользователя услуги может дать сведения о том, насколько качественно обслуживают его в данном учреждении. Интерес специалистов все больше фокусируется не на отклике пациента, который может быть искажен психическим расстройством, свойственным пожилому возрасту, а на объективной, профессиональной оценке тех изменений, которые появляются в результате использованных медико-социальных ресурсов в конкретном учреждении. С чем пациент поступил в учреждение, какие он имел потребности, какие нужды, как были оценены его слабые и сильные стороны? Были ли удовлетворены эти потребности, усилены ли ресурсы пациента, привлечены ли дополнительные возможности? Все это учитывается в настоящее время врачами, медицинскими сестрами, психологами, социальными работниками раздельно друг от друга. Объединив все эти усилия в стандартизированном инструменте оценки состояния пожилого человека и выявив необходимый ему объем помощи, возможно получить объективные результаты.

Популяризация услуг для пожилых людей и развитие домов сестринского ухода в США и Канаде, а также внедрение госзакупок в этом секторе определили развитие комплексной системы оценки учреждений на основании минимального набора данных о клиенте – Minimum Data Set (MDS-RAI). Группой ученых и специалистов-практиков была разработана тщательная всесторонняя оценка человека, которая является ключом для определения выраженности медико-социальных проблем пожилого человека и содействует планированию и предоставлению



ему адекватной помощи на всех уровнях: физическом, психическом, психологическом и социальном в зависимости от имеющихся ресурсов.

Minimum Data Set – специальная анкета, которая содержит набор минимальных необходимых данных, является достаточно надежной и достоверной. Сведения собираются в определенном порядке и заносятся в программу, которая обрабатывает данные и выдает результаты на 3-х уровнях. Первый уровень – «индивидуальный»: программа алгоритмизирует все проблемы пациента и выдает его биопсихосоциальный профиль, на основании которого специалисты разрабатывают индивидуальный план лечения и ухода. Второй уровень – «подразделения и учреждения» – анализ совокупности всех пациентов (клиентов) дает показатели качества, которые можно изучать в динамике и выяснить проблемы в работе персонала, оснащения и используемых методик. Третий уровень – финансово-экономический, позволяет рассчитать затраты учреждения и системы в целом на содержание как одного пациента, так и в совокупности по различным группам (количество групп от 23 до 47 и зависит от типа учреждения). Таким образом можно получить ресурсно-затратные группы пациентов, определяющие эффективность работы учреждения и адекватность его финансирова-

ния. В дальнейшем для обработки данных были созданы различные программные продукты и методические пособия.

Через некоторое время появилась международная организация InterRAI (<http://www.interrai.org>), объединяющая гериатров, психиатров, специалистов по социальной работе, психологов, онкологов, реабилитологов и других профессиональных работников, занятых в областях оказания долговременной медицинской и социальной помощи. Сегодня InterRAI объединяет десятки исследователей и практических работников более чем из 21 страны мира. В США, Канаде, Японии, Франции, Исландии, Германии, Финляндии оценка на основании MDS-RAI принята на государственном уровне. Система расширилась на другие группы больных людей, получающих услуги и помощь на долговременной основе, психиатрия, онкологи, реабилитация и т.д. А весь аналитический комплекс получил название InterRAI. Внедрение InterRAI в США и более чем в 20-ти странах мира привело к заметным изменениям и содействовало повышению качества долговременной помощи для пожилых людей.

Разработчики российской версии системы в 2014 году провели pilotный проект в Санкт-Петербурге и продолжают работу над внедрением профессиональной оценки качества работы учреждений долговременной помощи для пожилых людей. ■

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЕКТА «РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ДОЛГОВРЕМЕННОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ СИСТЕМЫ InterRAI»

Случевская Софья Федоровна,
доцент кафедры психологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Россия

Бондаренко Тамара Викторовна,
исполнительный директор НП «Объединения компаний индустрии услуг старшему поколению», Россия

Майорова Елизавета Юрьевна,
доцент кафедры менеджмента, СПб филиал ФГБОУ ВПО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», Россия

В 2014 году в Санкт-Петербурге был реализован проект «Разработка системы оценки и показателей качества долговременного обслуживания пожилых людей в стационарных учреждениях на основе международной системы InterRAI» при поддержке фонда Е. и Г. Тимченко. Основной целью данного проекта была разработка отечественной системы оценки качества услуг в стационарных учреждениях долговременного пребывания.



Было проведено одномоментное поперечное углублённое кросс-секционное исследование пациентов старше 60 лет. Исследования проходили в 4 учреждениях города Санкт-Петербурга при помощи международного инструмента организации InterRAI. Этим инструментом послужила переведенная на русский язык и адаптированная анкета MDS-LTC (Minimum Data Set Long-Term Care), которая проводит оценку состояния пожилых пациентов стационара при оказании им долговременной помощи. Анкета, или форма оценки, как называли ее российские исследователи, представляет комплексную систему анализа состояния пожилого человека для выявления его нужд и потребностей в организации помощи.

Были обследованы 349 пациентов старше 60 лет. Заполнение форм проводилось в подразделении психиатрического профиля Городского гериатрического центра (50 анкет), гериатрическом отде-

лении Городской психиатрической больницы (99), Городском психоневрологическом интернате (130) и частном пансионате для пожилых людей (69). Первые 2 учреждения оказывают медицинские услуги, двое последних – социальные. Все учреждения предоставляют услуги в рамках долговременной помощи – 21 день и более.

В системе InteRAI долговременной помощи разработаны 26 показателей качества: распространность частого и периодического недержания мочи, распространность использования снотворных более 3 раз в неделю, распространность использования анксиолитиков/гипнотиков, распространность низкой активности пациента или ее отсутствие, использование антипсихотиков без показаний, отсутствие реабилитации при низкой активности резидента, распространность «узников постели», распространность инфекции мочевыводящих путей, распространность неопрятности калом, появление новых случаев снижения активности, распространность нарушенного поведения, мешающего другим, распространность пролежней 1–4 степени, распространность дневного физического ограничения, появление новых случаев позднего снижения повседневной активности, распро-

СИСТЕМА КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ

страненность падений в течение 30 дней до исследования, постоянная катетеризация, распространенная кормления через трубку, распространенная депрессия без приема антидепрессантов, распространенная дегидратации, появление новых случаев переломов, появление ухудшения когнитивных навыков, любые повреждения, распространенная недержания кала, использование 9 лекарственных средств одновременно, распространенная потеря массы тела на 5 % в течение 30 дней или 10 % в течение полугода.

Нами были проанализированы статические критерии (не требующие повторных исследований). Дополнительно разработаны критерий соотношения «фактических когнитивных расстройств и установленного диагноза», «наличия когнитивных расстройств и диагноза «болезнь Альцгеймера», «наличия когнитивных расстройств и приема противодементных препаратов».

В целом из всех резидентов 4 учреждений полностью имеют познавательные способности в рамках нормы только 7 % резидентов. Пограничное состояние когнитивных навыков отмечается (легкое когнитивное расстройство – ЛКР) у 14 % респондентов, 32 % – мягкое когнитивное снижение, 17 % умеренное когнитивное снижение, 3 % умеренно – тяжелое, 20 % – тяжелое и 5 % – очень тяжелое. Обращает на себя внимание, что по состоянию когнитивных расстройств, отраженному в опроснике, можно сделать вывод, что деменциями страдают 77 % резидентов, хотя диагнозы выставлены лишь в 53 % случаев. Из них болезнь Альцгеймера выставлена лишь у 6 % пациентов. Только 4,5 % пациентов получают «Акатинол Мемантин» и его эквиваленты и 0,08 % – ИАХЭ. Из всех только 30 % пациентов принимают сосудистые и метаболические препараты.

Нами был проанализирован прием лекарственных средств в 4 учреждениях. Были выявлены следующие закономерности: в среднем показатель количества принимаемых лекарств пожилым пациентам в стационарах составляет 4,83 ЛС (лекарственных средства). Корреляции количества ЛС с возрастом

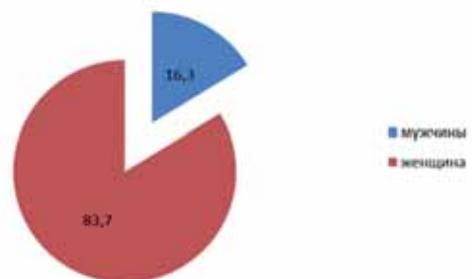
выявлено не было ($p<0.02$). Наибольшие показатели отмечаются в учреждениях с медицинской направленностью: Городской гериатрический центр – 6,42 и Психиатрическая больница – 4,3. В то же время в учреждениях социального типа: государственном – 4,3, а частном – 4. Треть всех пациентов (28 %) принимают от 6 до 12 ЛС одновременно. В структуре назначенных лекарственных средств 24 % составляют психотропные средства, уступая по частоте лишь антиагрегантным и гипотензивным препаратам. Среди антипсихотиков лидирующее положение занимают хлорпротексен и галоперидол.

Благодаря исследованию, проведенному в Санкт-Петербурге, можно сделать сравнения, которые выявлены при таких же исследованиях за рубежом. Так, среднее количество лекарственных средств у пожилых людей: в Великобритании – 2,8 лекарств, в Италии – 4–6 лекарств, в РФ – 4,83.

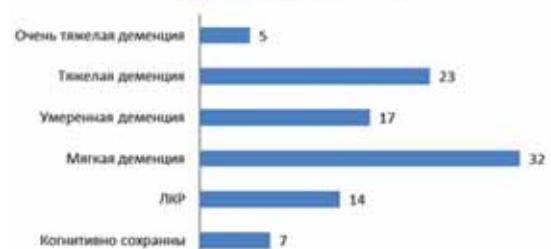
Однако нами продемонстрирован только один аспект среди комплекса показателей качества. Анализ формы оценки позволяет гораздо глубже заглянуть в систему обслуживания пожилых людей и выявить проблемы пациента, составить план решения этих проблем, понять недостатки и достоинства работы учреждения как на уровне персонала и его методик работы, так и на административном уровне, сравнить учреждения между собой по единым показателям. Мониторинг этих данных позволяет совершенствовать систему работы. Особенно такие данные будут необходимы органам исполнительной

власти, ответственным в рамках ФЗ-442 за обеспечение закупки услуг у негосударственных организаций и контролирующих качество их работы, а также степень эффективности использования государственных средств. ■

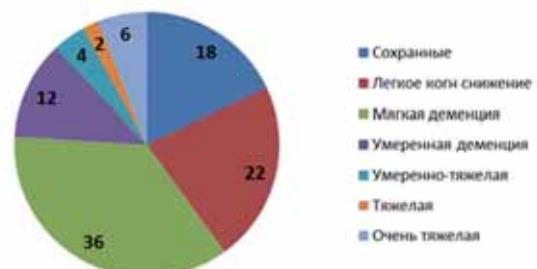
Распределение резидентов по полу (%)



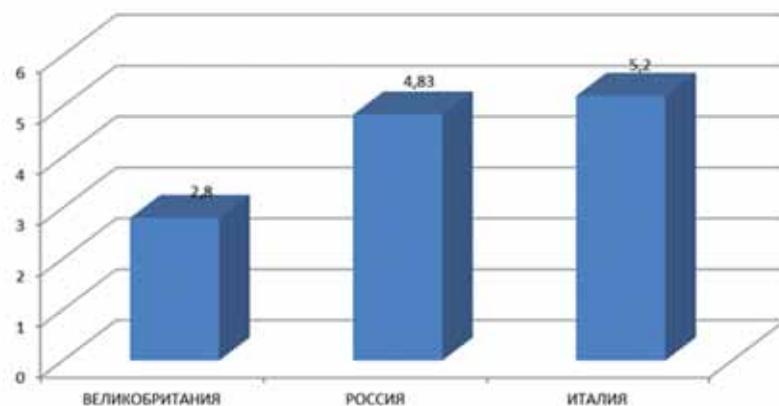
Распределение резидентов по степени когнитивного снижения (%)



Распределение по тяжести когнитивного функционирования (%)



Среднее количество ЛС, принимаемые в разных странах пожилыми людьми



ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ В СФЕРЕ ДОЛГОСРОЧНОГО УХОДА

Клоновска Эльжбета,
президент Ассоциации «Под Дубами» в Дембцах, Польша

В 2007 году работники Учреждения социального обслуживания в Дембцах, приняв во внимание направления социальной реформы, решили основать Ассоциацию «Под Дубами», начав работу в незнакомой им сфере, а значит, связанную с непредвиденным риском.

какой является уход за людьми с ограниченными возможностями и людьми с хроническими соматическими заболеваниями.

Концепция планов и целей, решительность в действиях – это те элементы, благодаря которым за годы деятельности стало возможным достижение хороших результатов. Сегодня я поддерживаю тесный контакт с членами правления Ассоциации, где решения принимаются в большинстве случаев совместно. С самого начала и во всех действиях меня вели идея и видение учреждения социального обслуживания, в котором жители будут чувствовать себя как дома, и создания такого места, в котором мы сами хотели бы в будущем поселиться. Эта идея, которую я стараюсь привить работникам, обрела реальные формы и реализовалась уже по части семейной атмосферы, которая для многих людей, проживающих по разным причинам в этом учреждении, является бесценным даром.

Располагая только своим опытом, основанным на ежедневной профессиональной работе на должности главного бухгалтера и президента Ассоциации «Под Дубами», я должна была справиться со множеством управлеченческих функций в управлении таким важным организмом социальной защиты, каким является учреждение социального обслуживания. Анализируя должности сотрудников и с согласия правления Ассоциации, я ввела много новых значений, необходимых организаций.

С одной стороны, правильное функционирование во всех областях, с другой стороны – новые задачи управления в правовой, орга-



Будучи одним из ведущих основателей Ассоциации «Под Дубами» в Дембцах, я провела реформу в области социальной защиты, касающуюся Учреждения социального обслуживания в Дембцах. Мой предыдущий профессиональный опыт, многолетняя работа с начала основания учреждения – с 1984 года – помогли мне внедрить совершенно новые принципы управления.

С 01.01.2008 года, по распоряжению Грыфинского повята, наша Ассоциация взяла на себя выполнение задачи, которой является

«управление деятельностью учреждения социального обслуживания в Дембцах для людей с хроническими соматическими заболеваниями». Первый договор с повятскими властями был заключен на 5 лет до 31.12.2012 года, а следующий – от 01.01.2013 по 31.12.2017 гг.

Благодаря контактам с этим учреждением, претерпевавшим множество изменений управляющих им субъектов, знания и заинтересованность позволили мне внести изменения в правовую форму касаемо функционирования такой деликатной и чувствительной материи,

низационной, финансовой сфере, и самое важное – непрерывное развитие межличностных отношений – совместной общественной жизни работников и жителей учреждения. Этого нельзя достигнуть простым изменением названия, но только тяжелой работой, что я прививаю членам ассоциации и одновременно сотрудникам. Учась каждый день, я все больше стараюсь обогатить жизнь людей.

Сотрудники учреждения должны демонстрировать собой гибкость, многофункциональность, самостоятельность и новый облик учреждения. Эффективный подбор персонала и эффективное управление им привели ко многочисленным изменениям в Учреждении социального обслуживания в Дембцах, которые были неотъемлемым элементом управления. Как президент Ассоциации, вместе с правлением я постоянно пробую находить новые решения касаемо эффективности и результативности в работе.

Мы прививаем работникам заинтересованность в том, чтобы быть партнерами, но вместе с тем – когда это необходимо – я становлюсь строгим блюстителем управлеченческих действий. Целью введения новой системы поощрения было повышение мотивации, ответственности и заинтересованности в работе. Эффект очевиден. Об этом свидетельствует новая визуализация объектов и пространства, доступных жителям, которая является результатом рационально проводимой финансовой и организационной политики. Свидетельствуют об этом также количество и качество организованных праздничных мероприятий, встреч и других восстановительно-развлекательных форм отдыха. Дополнительным результатом нашей работы является поиск и сохранение как можно большего количества участников трудящихся на благо Учреждения социального обслуживания в Дембцах, что представляем ниже, актуально для этого года:

- 1) 13 работников, направленных Центром занятости населения,
- 2) 3 стажера-сиделки с повятской Биржей труда в Грыфине,
- 3) 5 волонтеров,
- 4) медсестры, психолог, психотерапевт и врач-психиатр – на ос-

новании договора с Национальным фондом здравоохранения,

5) среди работающих на сегодняшний день сотрудников учреждения 9 человек имеют справку об инвалидности, за которых учреждение получает частичный возврат заработной платы,

6) в 2013 году в учреждении на общественных работах были задействованы 15 человек, направленных по постановлению суда.

Я неизменно стараюсь, чтобы наша организация была особенно привлекательным местом работы, чтобы она отличалась прекрасным внешним видом и благоприятствовала построению связей и хороших отношений с работниками. Наш способ управления влияет на подбор и эффективную интеграцию рабочего персонала. Ассоциация как работодатель по отношению ко всем работникам Учреждения социального обслуживания в Дембцах эффективно поддерживает их в профессиональном развитии, результатом чего является внесение изменений для должностей сиделок и санитарок. До недавнего времени в учреждении работали 16 санитарок и 9 сиделок, а сегодня – уже 19 сиделок и 16 санитарок.

Безусловно, Ассоциация «Под Дубами» – это группа людей с разными характерами и личностями. Атмосфера на работе и то, что сотрудники могут так эффективно работать, является общей заслугой всех работников учреждения. Позитивный настрой, создание условий взаимного познания помогают работникам использовать свои спо-

собности в полной мере. Никто не работает в вакууме.

Мой успех был и является возможным благодаря помощи и заинтересованности всех работников, которые стремятся к укреплению позиции нашего учреждения. Самые работники заботятся об окружающей обстановке, выполняют различного рода ремонты, что позволяет учреждению функционировать экономно.

Мы получаем внебюджетные средства из разных источников, таких как:

1. Возмещение пособий из Государственного фонда реабилитации людей с ограниченными возможностями за принятие на работу 9 человек имеющих справку об инвалидности.

2. Принятие на работу 13 безработных с биржи труда вместе с возмещением пособий повятской Биржей труда в Грыфине.

3. Принятие на работу 3 стажеров на срок 6 месяцев, оплачиваемых Биржей труда в Грыфине.

4. Осуществление повятскими властями в Грыфине большой инвестиции – замены водопровода и систем отопления на сумму около 350 тыс. злотых.

5. После подготовки проекта и сметы на пассажирский лифт наша Ассоциация «Под Дубами» подала заявление в Маршалковское управление в Щецине через власти повята в Грыфине на получение 50 % финансовых средств на его строительство. Заявление было удовлетворено, и в этом году, в срок до 30 октября, строительство лифта будет завершено. Вторая часть этой огромной инвестиции будет финан-



ДОЛГОСРОЧНАЯ ОПЕКА



сироваться повятскими властями в Грыфине.

6. В этом году мы получили 80 тыс. золотых на покупку нового автомобиля для перевозки людей с ограниченными возможностями.

7. С момента начала управления Учреждением социального обслуживания в Дембцах по распоряжению Грыфинского повята, учреждение насчитывало 72 жилые комнаты, а сегодня мы располагаем 81 комнатой. Отсюда следует, что в ходе нашей деятельности мы получили 9 жилых комнат, что значительно увеличило финансовые средства Ассоциации и было связано с большими ремонтами, дополнением и заменой мебели, ремонтами ванных комнат, подъездных путей и т.д., а также с принятием на работу большего количества работников.

8. Ассоциация не является работодателем для медсестер. Одна из медсестер организовала частное лечебно-профилактическое учреждение на территории нашего учреждения, в котором на сегодняшний день работают медсестры, психолог, психотерапевт и врач-психиатр. Работа всех этих специалистов оплачивается Национальным фондом здравоохранения.

9. Как организация общественной пользы мы получаем средства от передачи 1 % налогов.

В учреждении были сохранены все привилегии, которыми обладали работники до принятия его управления Ассоциацией, т.е.: надбавка за стаж, подарки к юбилею, так называемая «13 зарплата», которые сегодня не учитываются в Трудовом кодексе и являются необязательными. Также сохранились пенсионные пособия.

На сегодняшний день в учреждении работают 23 человека в возрасте старше 50 лет, потенциал эффективности которых систематически исчерпывается. Получаемые из разных источников финансовые средства выделяются также на повышение зарплат работникам, что создает возможность постановки перед сотрудниками больших требований, касающихся ухода за жителями учреждения. Работники получают финансовые средства из социального фонда, так называемые доплаты к летнему отпуску, а также имеют возможность покупки обедов по себестоимости продуктов, чем очень довольны.

Достойным рекомендации является совместное употребление пищи работниками и жителями учреждения. Это создает хорошую атмосферу в учреждении и предотвращает «поедания» пищи, предназначеннной для жителей, работниками или другими людьми, контактирующими с

жителями. На мой взгляд, совместное употребление пищи является признаком доброжелательности по отношению друг к другу, доверия и понимания, что, несомненно, наилучшим образом создает подобие жизни в учреждении.

Работники учреждения не пользуются частыми больничными отпусками, благодаря чему нам не требуется нанимать дополнительных сотрудников на замену. Преимущества в этом плане носят двоякий характер: жители окружены большей опекой, а сэкономленные таким образом финансовые средства, получаемые от жителей за пребывание в учреждении, распределяются главным образом на ремонт и оснащение учреждения, благодаря чему, в свою очередь, повышаются стандарты учреждения.

Как президент Ассоциации «Под Дубами» в Дембцах, я стараюсь найти все возможные решения проблем, касающихся текущего функционирования учреждения. Я собрала вокруг себя команду активных и преданных делу сотрудников, которые имеют возможность внедрения своих мыслей и концепций, служащих идеи помощи и поддержки жителей учреждения. Мы хотим, чтобы эта заинтересованность измерялась тем, что мы как работодатель можем предложить работникам, включая сюда справедливое вознаграждение за работу, дружескую атмосферу и задачи, которые стоят перед работниками, и в первую очередь – наилучший уход за жителями учреждения. В целях повышения мотивации мы используем систему поощрений и наказаний, благодаря которым амбиции работников не позволяют им пренебрегать выполнением своих обязанностей. Мы открыто решаем конфликты с работниками и неустанно стремимся к укреплению взаимного доверия и преданности общему делу. Все это позволяет нам чувствовать себя современным, привлекательным работодателем, который эффективно управляет персоналом.

Управление людьми, которые работают и вносят индивидуальный вклад в достижение общей цели, является наиболее ценным ресурсом нашей организации. ■

КАК РАБОТАТЬ С ПЕРСОНАЛОМ В ПАНСИОНАХ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Сиднев Алексей,
генеральный директор сети пансионов для пожилых людей Senior Group, Россия

Такой уход родственники по разным причинам не в состоянии обеспечить в домашних условиях, но им важно, чтобы их близкому человеку было комфортно вне дома, чтобы он содержался в достойных условиях. Поэтому еще на этапе выбора гериатрического центра семьи хотят получить о будущем месте проживания пожилого человека максимально полную информацию: какие в пансионате бытовые условия, разнообразное ли питание, на сколько мест рассчитаны комнаты и так далее. Но в конечном итоге они определяют своих близких не просто в красивое здание, а в первую очередь к людям, которые будут за ними ухаживать. При этом уход за зависимыми пожилыми людьми — это та работа, которая утомляет не только физически, но и морально, работа, для которой нужны собранность и выдержка. Далеко не каждый способен долго и терпеливо кормить постояльцев, пересаживать их из кроватей в кресла-коляски, купать их или каждый день знакомиться с некоторыми из них заново. Таким образом, люди — один из наиболее ценных ресурсов в учреждениях долгосрочной опеки. Ведь от того, насколько они мотивированы, насколько отдохнувшие, зависит, смогут ли они профессионально и с любовью выполнять свою работу.

Долгосрочный уход — это система со множеством правил и процессов, которые зависят от типа заболевания человека. Для подопечных с деменцией предусмотрены одни алгоритмы действий, для тех, кто не может самостоятельно передвигаться, — другие и так далее. Все эти процедуры похожи

Особенность российских пансионов для пожилых заключается в том, что здесь находятся люди, которым необходим постоянный уход.



между собой, однако у каждой из них есть небольшие, но важные особенности. Некоторые из правил усваиваются сотрудниками легко, поскольку с этими правилами приходится сталкиваться каждый день, например, быстро запоминается, как нужно входить в комнату к пожилому человеку, как приветствовать его. Но как вести себя в экстремальных ситуациях, знают далеко не все: что предпринять в случаях падения пожилого человека, рвоты и других нештатных ситуациях. При этом неверное поведение персонала может навредить подопечным. Поэтому сотрудники учреждений долгосрочной опеки обязательно должны проходить специальное об-

учение.

В России пока нет подобных курсов или программ, поэтому стоит обращаться к опыту зарубежных коллег. Мы организуем для наших сотрудников командировки в иностранные гериатрические центры, а так же приглашаем коллег из других стран к нам, чтобы они могли поделиться опытом с нашими специалистами. Учиться необходимо всем сотрудникам. Опытные кадры должны заботиться об актуальности своих знаний, обновлять их в соответствии с изменениями в процессах ухода. Для новых сотрудников следует разработать систему, с помощью которой можно будет просто и быстро освоить все необ-

ДОЛГОСРОЧНАЯ ОПЕКА

ходимые для работы правила и алгоритмы. А еще до начала работы в пансионатах для старшего поколения будущим сотрудникам, а особенно медсестрам, следует проходить курсы сестринского ухода в гериатрии, поскольку у пожилых людей есть своя специфика. Важно, чтобы в учреждении долгосрочной опеки была внедрена система контроля, которая позволяла бы своевременно выявлять недочеты в работе, анализировать их и устранять.

Кроме того, что сотрудников нужно обучать профессиональным навыкам, необходимо поддерживать их и морально. Эмоциональное выгорание — одна из ключевых проблем, снижающих качество работы специалистов, занятых в сфере ухода. Чтобы не допускать этого, мы организуем для сотрудников специальные выездные мероприятия, личные встречи с психологом и групповые сессии — командные построения, совместные упражнения, а также помогаем им грамотно распределить время. Очень желательно, чтобы у людей, которые работают в пансионате для пожилых, был наставник и защитник. Важно, чтобы такой человек не являлся прямым начальником специалиста, иначе может возникнуть конфликт интересов. Задача наставника — отвечать на сложные вопросы



сотрудника, помогать ориентироваться в неоднозначных ситуациях, ведь большая часть персонала — это женщины, которые, помимо подопечных, заботятся также о своих детях или внуках, кто-то из сотрудников может столкнуться с семейными или бытовыми сложностями, которые дополнительного увеличат эмоциональную нагрузку. Поэтому участие коллег для них очень значимо.

Важно заботиться о сохранении не только эмоционального, но и физического здоровья персонала. Учреждения долгосрочного ухода должны быть оснащены современным оборудованием, которое позволяет снизить физическую нагрузку на сотрудников.

Это вертикализаторы, подъемники, специальная сантехника и так далее. Наличие подобных приспособлений позволяет персоналу без лишних нагрузок обеспечивать должный уход постояльцам с высокой степенью зависимости.

У сотрудников должны быть достойные условия работы. Если руководство предоставляет персоналу общежитие, то оно должны быть со свежим ремонтом, исправной удобной мебелью, если питание — то разнообразное и вкусное. Если вы предоставляете сотруднику полис добровольного медицинского страхования, пусть он будет от уважаемой страховой компании и с широким перечнем включенных услуг; если путевки в лагерь для детей — то на море и так далее. И, разумеется, важна конкурентная заработная плата. Это те вещи, благодаря которым специалист понимает, что компания ценит его, заботится о нем.

По отдельности эти рекомендации не сработают. Нельзя вкладывать средства в обучение сотрудников, но при этом плохо к ним относиться и наоборот. Не нужно бояться вкладывать в персонал. Расходы, которые помогают формировать долгосрочные иуважительные отношения с сотрудниками, — это на самом деле не траты, а инвестиции. ■



ОСНОВАНИЕ ХОСПИСНОЙ СЛУЖБЫ (НА ПРИМЕРЕ СОЗДАНИЯ ХОСПИСА «ДОМ НАДЕЖДЫ» В ГОРОДЕ БРАШОВ, РУМЫНИЯ)

Введенская Елена Станиславовна (перевод и редакция),

к.м.н., член профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по специальности “Паллиативная медицинская помощь” член президиума правления Российской ассоциации паллиативной медицины; врач ГБУЗ НО “Нижегородский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД”, Россия

Кому нужны высокие показатели больничной летальности? Кто организует постоянное наблюдение за ним и его адекватное лечение на дому, если не помогают уже самые сильные обезболивающие средства и другие лекарства? Как помочь ему избавиться от нестерпимой боли, удушья, постоянной тошноты и рвоты, зуда и бессонницы? Как помочь ему осознать неизбежность происходящих перемен и поддержать психологически? Как поддержать его близких и дать им передохнуть от изнурительной и непрестанной работы по уходу за тяжелым или умирающим больным? Как помочь одинокому старику умереть с миром и не проклинать нерадивых родственников, которые его бросили?

Все эти задачи берет на себя хосписная служба, которая обеспечивает адекватную грамотную медицинскую помощь терминалному больному, смягчает не только физические страдания, но помогает решить и его психологические и духовные проблемы, а также оказывает психологическую помощь близким пациента во время его болезни и в период переживания тяжелой утраты.

В большинстве стран организация хосписной службы начинается, как правило, с создания небольших негосударственных общественных организаций, которые пытаются помочь облегчить страдания больных, находящихся перед лицом неизлечимого заболевания.

Хоспис «Дом надежды» в Брашове был основан в 1992 году. Это первая благотворительная организация

Что такое хосписная служба?

Это вид паллиативной помощи – помощи больным в терминальной стадии любого заболевания (рака, СПИДа, рассеянного склероза, других прогрессирующих неизлечимых болезней, терминальной стадии почечной и сердечной недостаточности), когда лечение уже не имеет смысла, но больной очень нуждается в медицинской помощи и психологической поддержке. Кто возьмет такого пациента в больницу?



в Румынии, оказывающая хосписную помощь больным всех возрастов со злокачественными новообразованиями и другими тяжелыми прогрессирующими заболеваниями. Развитие организации проходило при поддержке Фонда Элленор, христианской хосписной организации в Великобритании. Хотя часть финансирования и осуществляется сейчас Министерством здравоохранения Румынии, проект обязан

своим существованием и развитием великодушию отдельных людей и благотворительных организаций в различных частях света, которые таким образом выражают свое страдание гражданам Румынии.

Как создать хоспис

Создание хосписа в городе или регионе – процесс длительный и кропотливый. Можно схематически представить его в виде последо-

ДОЛГОСРОЧНАЯ ОПЕКА



вательных 5 стадий или фаз. Как отмечают многие люди, посвятившие свою жизнь этой работе, самое трудное – подобрать подходящую команду. Да, это так: только милосердные, чуткие к чужому страданию и терпеливые люди, способные на самопожертвование в силах организовать и оказывать хосписную помощь так, как это должно быть на самом деле. И такие люди находятся, пусть их сразу будет немного, но именно они создают «острова надежды» или «острова покоя и умиротворения» для терминальных больных в нашем, часто бессердечном и жестоком, мире.

Фаза 1. Идеология

Обычно находится человек, который является инициатором идеи создания всего проекта и его движущей силой. Его называют основателем. Какими качествами должен обладать этот человек?

1. Мотивация. Обычно у человека, который становится основателем хосписного движения, имеется свой собственный опыт, который вдохновил его на создание такого проекта (смерть члена семьи или друга от рака), или это профессионал (врач, медсестра, социальный работник и

т.п.), который видит необходимость создания такой службы. Правильная мотивация необходима, но сама по себе не достаточна.

2. Обязательства. Создания такого проекта предполагает огромные обязательства. Основатель должен иметь время – не пару вечеров в неделю и в выходные, но время для встреч с людьми в течение всего дня и на протяжении значительного промежутка времени. Упорство и целеустремленность – необходимые качества. Хороший проект не может быть сделан за сутки.

3. Личностные качества. Основатель должен иметь определенные личностные качества: способность свободно общаться с людьми и ясно выражать мысли. Кроме того, он должен уметь слушать.

Н.В. Если Вы чувствуете, что не подходите для роли лидера, который может возглавить проект, Вы можете все же быть его неоценимым помощником.

4. Способность убеждать. Основатель должен иметь способность убеждать людей, которые, по его мнению, подходят для участия в проекте. Предыдущий опыт организатора, несомненно, очень пригодится.

5. Финансы. Первым вопросом, который Вам зададут, будет: «Откуда будут поступать деньги?» Огромное преимущество, если для старта у Вас будут некоторый капитал.

6. Вера. Для успешного продвижения нового дела в первую очередь необходима вера. Молитесь о том, чтобы Господь послал Вам мудрость и свое покровительство.

7. Хороший совет. Основатель должен быть готов принять совет от экспертов на любой стадии развития проекта.

Примечание. «Я потерял счет людям, у которых я просил совета. Я всегда находил людей в хосписном движении, желающих с радостью поделиться своими знаниями и опытом. Среди участников проекта может быть множество талантов, сил, неутомимости и т.п. В этом случае очень важно правильно выбрать лидера группы», – пишет основатель хосписа «Дом надежды».

Фаза 2. Период подготовки

Перед тем как предпринимать конкретные шаги жизненно необходимо собрать как можно больше информации. Вам также придется затратить время на изучение потребностей в хосписной помощи в вашем регионе. Вам будет необходима информация о существующих видах хосписной помощи в других регионах, данные медицинской статистики и изучение имеющейся литературы в области паллиативной помощи.

Где получить информацию?

- Хосписы. В настоящее время в Юго-Восточной Европе очень мало коллективов, занимающихся хосписной службой, но ситуация скоро изменится.

- Работники здравоохранения в Вашем регионе, интересующиеся оказанием помощи терминальным больным. Это могут быть врачи или медицинская сестра в вашем окружении, которые проявляют особый интерес к лечению и уходу за терминальными больными, общение с ними принесет, несомненно, пользу. Они смогут помочь Вам организовать хоспис в Вашем городе.

- Главная сестра / главный врач – необходимо сотрудничать как можно больше с главными специалистами лечебных учреждений в Вашем регионе.

- Департамент здравоохранения – организуйте неформальную встречу с руководителем органа управления местного здравоохранения и расскажите ему о Ваших идеях. Вы можете и не делать конкретных предложений на этой стадии, но дайте ему знать, что Вы напомните о себе снова, когда руководящий комитет закончит свои исследования.

Фаза 3. Управление

Из кого должен состоять руководящий комитет?

Мы предложили бы следующий состав:

1. Основатель.
2. Участковый (семейный) врач.
3. Представитель органа управления местного здравоохранения.
4. Главная сестра.
5. Представитель фонда государственного страхования (ФОМС).
6. Эксперт-финансист (экономист, бухгалтер).
7. Представитель другого учреждения, оказывающего хосписные услуги.
8. Консультант по оказанию медицинской помощи терминальным больным.
9. Представитель общественности, столкнувшийся лицом с необходимостью оказания хоспинской помощи.
10. Представитель общественности, проявляющий живой интерес к осуществлению проекта.

Примечание. В составе управления хосписа «Дом надежды» были основатель, переводчик, консультант-онколог, преподаватель музыки, доброволец из Америки, представитель местного органа управления здравоохранением и директор дома престарелых из Северной Ирландии.

На первом собрании Вам будет необходимо:

- выбрать председателя;
- заслушать проект основателя относительно создания предполагаемого проекта;
- заслушать выступление консультанта об основных положениях из истории и философии хоспинского движения;
- попросить представителя администрации местного здравоохранения уточнить необходимые

факты и статистические данные для данного региона (население, находящееся на медицинском обслуживании, характеристика местных учреждений здравоохранения, смертность от злокачественных новообразований в регионе, имеющиеся учреждения, оказывающие сестринскую помощь больным и т.п.).

Кроме того, необходимо обсудить:

1. Отчет о переговорах, проходивших во время периода подготовки.
2. Вид службы, который Вы хотели бы организовать.
3. Размер необходимых затрат (или поставьте задачу их рассчитать).
4. Пути возможного получения финансирования.
5. Организацию поездки в другой хоспис.
6. Поставить задачи отдельным членам комитета.
7. Возможное название Вашей службы.
8. Решить, как часто вам необходимо встречаться.

На последующих встречах Вам предстоит обсудить следующие важные вопросы более подробно.

Председатель. Им может быть основатель или другой член правления.

Консультант. Консультант, работающий в одном из хосписов.

Служба. Какой вид службы необходим, принимая во внимание региональные особенности, уже имеющиеся службы, географическое положение и др.?

Какова философия Вашей помощи? Будете ли Вы предлагать оказание паллиативной помощи в стационаре так же, как и помочь на дому? Какой штат будет иметь Ваша служба:

- медицинский консультант / директор:
- медицинские сестры;
- социальный работник;
- руководитель работой добровольцев;
- администратор;
- секретарь;
- другие?

Где будет располагаться служба?

Примечание: население Брашова – около 70 000, умирают от рака 1000 человек в год. Организаторы хосписа решили начать с помощи на дому и проведения консультаций персоналу в местном онкологическом диспансере.

Финансирование. О финансировании какой сферы Вашей службы Вы будете просить руководство местного здравоохранения? На какую поддержку вы можете рассчитывать со стороны медицинского



ДОЛГОСРОЧНАЯ ОПЕКА

страхования? Можете ли Вы найти хоспис, готовый сотрудничать с Вами в другой стране?

Примечание. Хоспис «Дом надежды» получил стартовое финансирование от Фонда Элленор, но начал получать финансирование от администрации Румынии через 3 года. Департамент страхования до сих пор рассматривает обращение за помощью и считает, что паллиативная помощь в Румынии должна являться медицинской специальностью. Через 5 лет было запланировано создать образовательный центр и через 8 лет – стационарное отделение.

Затраты. Получите расчеты себестоимости ряда других существующих служб и подробности у местной администрации о заработной плате медицинских работников и медицинских сестер. Вы получите от этого многое:

- оплата работы каждой медицинской сестры на дому будет стоить приблизительно...
- половина рабочего дня медицинского персонала будет стоить...
- рабочий день секретаря будет стоить...
- обычные услуги рабочего дня одного врача и трех сестер будут стоить приблизительно... ...

Название. При выборе названия Вы можете обозначить службу, которую Вы предлагаете, добавить личную окраску, т.е. назвать хоспис именем пациента или родственника, который умер.

Фаза 4. Формирование и начало работы с благотворительными организациями

Когда департамент здравоохранения согласился с организацией службы, и Вы получили необходимые документы, пришло время зарегистрироваться как ассоциация.

Правовые вопросы. Вам необходимо нанять хорошего адвоката, имеющего опыт ведения дел такого рода. Он подготовит меморандум и статьи ассоциации. Хорошо бы получить копии меморандума и статей ассоциации других хосписов.

N.B. Профессиональная консультация адвоката имеет важнейшее значение.

Совет директоров (орган управления). Вам необходимо выбрать

директоров благотворительного совета (обычно их называют членами правления) и секретаря. Ранее у Вас была возможность оценить членов руководящего комитета (правления). Первые директора обычно выбираются из членов правления, но убедитесь, что Вы не выбираете никого, кто зарекомендовал себя неподходящим образом и не подходит для этой роли, однако это может быть очень нелегко. Этим Вы предотвратите возникновение множества проблем в будущем.

Примечание. Основатели хосписа «Дом надежды» решили выбрать для начала 7 директоров и секретаря, так как мы решили, что так будут удобнее работать. Четверо директоров были действительными членами правления, трое были избраны вновь.

Цель создания совета директоров – контроль за выполнением благотворительных задач организации. Это включает в себя наблюдение за осуществлением руководства организацией, поддержку сотрудников и разрешение проблем, принятие решений, определяющих политику компании, и контроль за адекватным финансированием службы.

Гласность (реклама). Именно в это время надо начать вашу рекламную компанию. Постарайтесь установить хорошие отношения с редакторами местных газет. Они могут быть чрезвычайно полезны, если они сотрудничают с Вами, но могут и создать помехи. Свяжитесь с местными радиостанциями и редакторами местных журналов / религиозных выпусков и т.п. Предложите им охватывающий проблему пресс-релиз и вдохновите репортеров уделить внимание Вашей проблеме.

Хорошо бы иметь опытного рекламного агента, но это не всегда возможно. Вам также понадобится рекламный материал в форме брошюры / рекламки, которая будет иметь отрывную полоску для тех, кто желает сделать пожертвование или помочь как-либо иначе.

Официальный обед. Это возможность общения при личном контакте с местной общественностью, должна быть хорошо подготовлена и организована.

- Назначьте дату – оставьте много времени на подготовку.

- Снимите подходящее помещение.

- Пригласите гостя, который выступит с речью.

- Решите, кто должен быть приглашен.

Предложения: работники и лидеры местного органа управления здравоохранением, медицинские работники, врачи консультанты, медсестры, старшие сестры, социальные работники, терапевты, фармацевты, представители местных добровольческих организаций / обществ / церквей и т.д., хорошо известные в регионе личности (мэр, члены парламента и т.д.), местные бизнесмены, заинтересованные представители общественности.

- Выберите опытного председателя.

- Найдите спонсора (фармацевтическая компания, местное общество).

Фаза 5. Последние приготовления

Набор сотрудников

- Подготовьте должностные инструкции и дайте объявления.

Примечание. В Румынии взяли несколько должностных инструкций в других хосписах и дали объявления в медицинских журналах и местных газетах.

- Назначьте людей для набора сотрудников

Примечание. В список входили: директор, главная сестра и главный врач.

Подбор персонала

Примечание. Это так важно – начинать с правильно подобранным персоналом. Приходится помещать объявления и проводить опрос три-четыре раза, пока найдешь медицинских сестер, которые бы Вас устраивали.

Подготовка базы

- Организуйте офис.

- Приобретите необходимое оборудование.

- Подготовьте систему расчетов.

- Скоординируйте политику получения финансовых средств.

Семинары. Полезно организовать семинары для медицинского персонала на ранних стадиях (контроль симптомов, роль хосписной

команды) для поддержания интереса к новому виду помощи.

Профессиональная подготовка. Если Ваши медицинские сестры не прошли дипломный курс по паллиативной помощи, постарайтесь их направить как можно быстрее. Когда вся подготовительная работа завершена, нужный состав набран, пора начинать работать.

Примечание. Когда медсестры были приняты на работу, мы организовали программу сравнительной ориентации. Они встречались с семейными врачами, медсестрами и т.д. и посещали местные больницы. Также они проходили обучение в английском хосписе. Этот вид подготовки жизненно необходим для успеха работы службы.

Политика хосписа «Дом надежды»

Философия помощи. Идеология хоспинской помощи определяет смерть как нормальный процесс и последнюю фазу жизни умирающего – особенное время для объединения и примирения. Она считает, что умирающий должен жить полноценно с достоинством и комфортом до самой смерти. Оказываемая помощь не ускоряет и не откладывает срок приближающейся смерти, она направлена на постоянную поддержку семьи и друзей умершего в период тяжелой утраты.

Медицинские работники и сестры хосписа «Дом надежды» работают в обществе и больницах, способствуя оказанию хоспинской помощи жителям Брашова. Философия организации основана на христианских принципах. Придается значение духовному и эмоциональному благополучию пациентов и их семей в духе уважения религиозных традиций каждого. Оказываемые услуги бесплатны для пациентов и их семей.

Аппарат управления состоит из исполнительного директора, старшей сестры, управляющего, бухгалтера и ответственного за финансовые поступления. Они подчиняются совету директоров (органу управления). Регулярно еженедельно проводятся собрания команды управления со всей командой. Члены команды управления раз в два ме-

сяца предоставляют отчеты Совету директоров. Проводятся ежемесячные рабочие совещания с сотрудниками, на которых обсуждаются новые организационные инициативы и все возникающие проблемы.

Отделение помощи на дому. Медицинский директор и два врача хосписа оказывают консультативную помощь сестринскому персоналу. Они ответственны за медицинские аспекты помощи и пациентам хосписа и больным, находящимся дома, и поддерживают связь с семейными врачами и консультантами хосписа. Медицинская команда обслуживает пациентов там, где это необходимо, и осуществляет контроль за помощью, оказываемой всем пациентам путем личного посещения и встреч с медсестрами первичной помощи. Врачи также проводят занятия и тренировки с персоналом, следят за новыми достижениями в области паллиативной помощи.

Педиатрическое отделение состоит из врача-педиатра и двух медицинских сестер.

Работа секретаря заключается в приеме телефонных звонков и разборе корреспонденции на имя сотрудников медицинских отделений.

Священник. В составе команды работают два священника – ортодоксальный священник и баптистский пастор, которые оказывают духовную и пасторскую помощь членам команды и поддерживает связь с другими священнослужителями при необходимости. Они встречаются с командой дважды в месяц, а также по необходимости.

Служба волонтеров. Волонтеры вовлечены в процесс получения финансовой поддержки. Некоторые волонтеры также принимают участие в обслуживании пациентов.

Политика отбора больных. Хоспис «Дом надежды» принимает пациентов, находящихся на последних стадиях хронических прогрессирующих заболеваний, которые живут в Брашове и прилегающих областях. Однако все случаи направлений рассматриваются индивидуально, могут быть приняты и другие пациенты по общему решению главной сестры и медицинского директора.

Для обслуживания на дому больные принимаются преимущественно после осмотра и рекомендации семейного врача или консультанта в стационаре.

При поступлении к каждому больному прикрепляется медицин-



ДОЛГОСРОЧНАЯ ОПЕКА



ская сестра, сразу же организуется встреча с больным и его семьей. После первого визита сестра предоставляет результаты опроса и осмотра больного на обсуждение всей медицинской команде, на следующем собрании обсуждается план ведения данного больного с участием врачей. Если во время первого визита выявляется необходимость срочной медицинской и социальной помощи, врач выезжает к больному немедленно.

После первого осмотра пациенты обращаются за помощью по мере необходимости, частота визитов и телефонных звонков регистрируется после каждого контакта с пациентом. Это значит, что пациентов могут посещать дважды в день или один раз в две недели. Если необходимо, проводятся консультации по телефону. Визиты к пациентам обычно планируются заблаговременно на неделю, по мере возникновения производятся изменения. Пациенты и их семьи также могут получить консультации в онкологических, педиатрических и других стационарах Брашова.

Регулярные контакты также осуществляются с семейным врачом пациента в виде личных визитов или телефонных звонков и динамических эпикризов. Записывается частота контактов пациента с семейным врачом и отмечается на каждой конференции сестер со

старшей сестрой и медицинским директором. Каждый консультант из стационара, беспокоящийся о состоянии пациента, информируется об участии хосписа в оказании помощи больному и получает дальнейшую информацию о его состоянии.

Пациенты доставляются в больницы персоналом из хосписа после предварительного заключения консультанта стационара.

Медицинская документация. Конфиденциальные медицинские и сестринские записи хранятся в офисе и подписываются после каждого посещения пациента, родственника или специалиста. Эти документы проверяются на каждой сестринской конференции со старшей сестрой и медицинским директором. Ведется общий дневник, куда заносятся все сведения о пациентах, а также журнал регистрации визитов и телефонных звонков, произведенных ежедневно.

Выходные дни. Хоспис обеспечивает службу выходного дня для пациентов и ухаживающих за ними. Одно из 6 дежурств медицинские сестры выполняют в выходные дни и посещают пациентов по требованию. Медицинская помощь всегда доступна. Сестра, обслуживающая вызовы, и дежурный врач имеют при себе мобильный телефон.

Социальная помощь. Для очень бедных пациентов существует не-

большой фонд, который обеспечивает их основные потребности (питание).

Похоронная служба. В обязанности старшей медицинской сестры входит обеспечение контактов с похоронной службой (осуществляется непосредственно медсестрой со священником или волонтером по назначению).

Оборудование. Хоспис имеет множество устройств и приспособлений, которыми пациенты могут пользоваться. Новые устройства могут быть заказаны для удовлетворения индивидуальных потребностей больных.

Образование. Философия хосписных организаций предполагает важность передачи информации о принципах хосписной помощи другим организациям и структурам. Образовательные курсы проводятся для сестер, семейных врачей, врачей стационаров, представителей социальных служб и добровольных организаций. Они состоят из лекций, семинаров, индивидуальных занятий и практических занятий для команд.

Эпилог

Первый хоспис для раковых больных в России организовал в Ленинграде (в Лахте) врач-психиатр профессор Андрей Владимирович Гнездилов в 1990 году. Он существует и по сей день. Сейчас хосписы, отделения и кабинеты паллиативной помощи оказывают необходимое лечение больным более чем в 30 регионах России. За последние десять лет в некоторых городах формируется служба паллиативной помощи онкологическим больным. Подготовлена законодательная база, созданы территориальные организационно-методические центры, организована сеть хосписов, функционируют кабинеты противоболевой терапии и отделения паллиативной помощи. Но этого недостаточно, и качество помощи – чего скрывать – часто не соответствуетциальному уровню.

Есть ли подразделения этой службы в нашем городе, области, регионе? Если еще нет, то надо спешить: времени уже пришло. Кто сделает это, если не мы? ■

ПАТРОНАЖ ЛЮДЕЙ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ И ЗАВТРА

Катюничев Денис Алексеевич,
заместитель директора по медико-социальной работе
ГБУ Психоневрологический интернат № 30 ДТСЗН города Москвы, Россия

Мишин Алексей Валентинович,
директор ГБУ Психоневрологический интернат № 30 ДТСЗН города Москвы, Россия

Храмцов Александр Николаевич,
заместитель директора по общим вопросам,
ГБУ Психоневрологический интернат № 30 ДТСЗН города Москвы, Россия

Опыт стран, которые эксперты считают успешными в этой области (Нидерланды, Дания и Германия) убеждает в том, что ключ к успеху – поддержка широкого спектра служб, доступных получателям услуг с разным уровнем доходов. По замыслу политиков Европейского Союза проведённые реформы пенсионного обеспечения должны были решить указанную задачу и в странах Центральной Восточной Европы – за счет поощрения долговременных накоплений и децентрализации социальных служб.

На протяжении всей своей жизни человек, страдающий психическим расстройством, нуждается в социальном сопровождении и поддержке. В ряде стран мира решение этой проблемы возведено в ранг вопросов национальной безопасности.

Патронаж психически больных – форма надомного социально-медицинского обслуживания, направленная на продление пребывания душевнобольных граждан в привычной для них социальной среде, поддержание их социального статуса, защиту их прав и законных интересов, а также оказание им доврачебной помощи в домашних условиях.

Создание в 2011 году патронажных отделений в структуре психоневрологических интернатов (ПНИ) являлось радикальной инновацией Департамента социальной защиты населения г. Москвы, поскольку ранее психически больные граждане обслуживались социальными работ-

Социальная политика ряда европейских стран претерпела существенные изменения с середины 2000-х годов и продолжает реформироваться в соответствии с установками общей политики Евросоюза, направленной на развитие служб местного сообщества и максимальное вовлечение граждан в функционирование системы социальной защиты. Введена практика стандартизации, лицензирования и мониторинга социальной помощи, установлена система конкуренции служб за средства, которые выделяются государством.

никами центров социального обслуживания, не имеющими специальной подготовки и знаний, необходимых для работы с данным контингентом.

Кадровый состав патронажного отделения ГБУ ПНИ № 30 был полипрофессиональным: медицинские сёстры, социальные работники и младший медицинский персонал. Руководство осуществлялось заведующим отделением (врачом-психиатром) и старшей медицинской сестрой. За период 2012–2014 гг. помощь отделения получили 256 человек.

В патронажное отделение принимались граждане с 18-летнего возраста. Диапазон возрастных групп в отделении был достаточно широким: клиенты юношеского, молодого, среднего, пожилого, старческого возрастов и долгожители. Среди получателей услуг патронажного отделения (2012–2014 гг.) преобладали граждане старческого и пожилого возрастов (в сумме 66,7 %, 61,6 %, 61,6 % соответственно за 2012, 2013, 2014 гг.). Для данных возрастных категорий было характерно наличие сопутствующих соматических заболеваний и разнообразных нарушений функционального харак-



тера, которые определяли высокую востребованность различных видов медицинской и социальной помощи. Наименьшую группу клиентов составили граждане юношеского и молодого возрастов (в сумме 9,5 %, 15,2%, 16,3% соответственно за 2012, 2013, 2014 гг.).

Из рис. 1 видно, что на протяжении отчетного периода число обслуживаемых женщин значительно преобладало над числом клиентов мужского пола (67,9 %, 66,3 %, 65,1 % и 32,1 %, 33,7 %, 34,9 % соответственно в 2012, 2013, 2014 гг.).

Отделением обслуживались пациенты с различными нозологиче-

ДОЛГОСРОЧНАЯ ОПЕКА

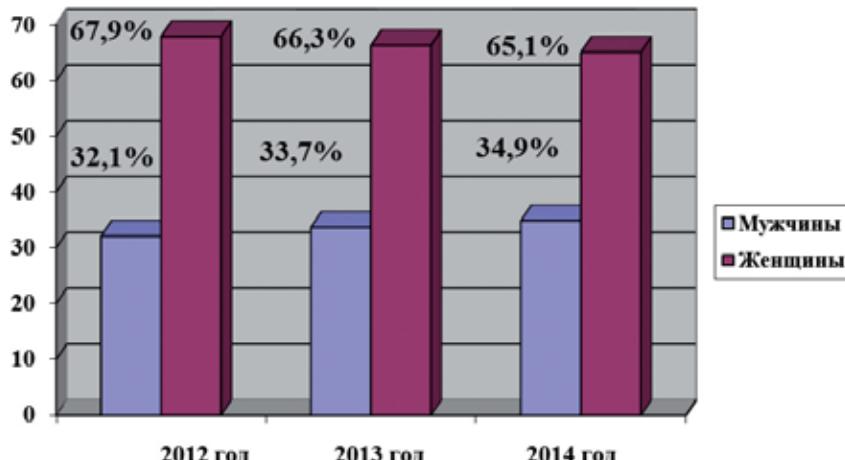


Рис. 1. Гендерная характеристика клиентов патронажного отделения



Рис 2. Общие показатели распределения больных по нозологической принадлежности за 2012–2014 гг.

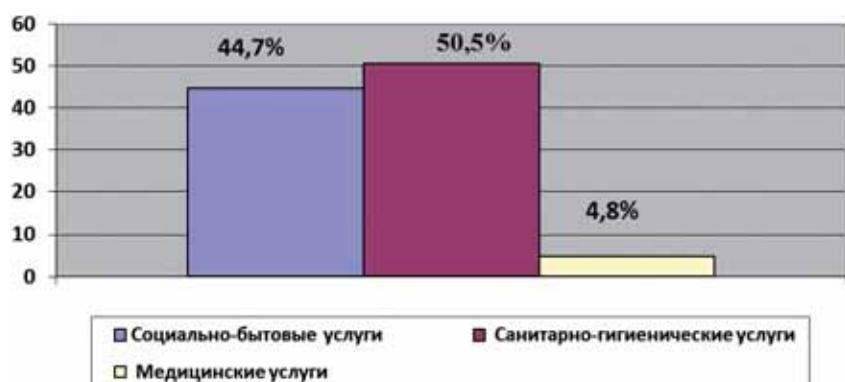


Рис 3. Структура услуг, предоставленных патронажным отделением в 2012–2014 гг.

скими формами и разной давностью заболевания.

Как видно на рисунке 2, среди клиентов патронажного отделения преобладали больные с органическими заболеваниями головного мозга 41,8 %, вторую по численности группу составили больные шизофренией 35,5 %, третью – больные с синдромом деменции 14,5 %,

четвёртую – больные с умственной отсталостью 8,2 %.

К наиболее востребованным видам деятельности патронажного отделения следует отнести предоставление социально-бытовых и санитарно-гигиенических услуг (рис. 3).

Вступление в силу Федерального закона РФ от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ «Об основах социаль-

ного обслуживания граждан в Российской Федерации» и движение к рыночной экономике поставили ряд принципиальных задач, важнейшей из которых являлось максимально эффективное использование кадрового потенциала, создание трудового коллектива, который наилучшим образом способствовал бы реализации целей и приоритетов патронажного отделения.

Очевидными формами оптимизации представлялись сокращение штатного состава, замещение более высокооплачиваемых должностей медицинских сестёр должностями социальных работников либо передача функций патронажных отделений частным организациям.

Проведённый нами хронометраж рабочего времени персонала обнаружил невозможность увеличения эффективности работы отделения путём увеличения нагрузки на сотрудников и сокращения их численности. Такого рода оптимизация неизбежно привела бы к ухудшению качества услуг и увеличению очереди на обслуживание.

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 18 ноября 2013 г. № 677н «Об утверждении профессионального стандарта «Социальный работник»» значительно расширил требования к знаниям и навыкам данных специалистов. Осуществление ухода за тяжелобольными, проведение санитарно-гигиенических мероприятий, динамическое наблюдение за состоянием физического и психического здоровья стали трудовыми функциями социальных работников. Однако, как показали практика и проведённые нами исследования (структурный анализ услуг, предоставленных отделением, анализ СТЭП-факторов, SWOT-анализ, финансово-экономические расчёты, анализ рисков), механическое замещение должностей медицинских сестёр должностями социальных работников нецелесообразно и не имеет долгосрочного финансово-экономического обоснования.

Сокращение коечного фонда в структуре здравоохранения и статистическое увеличение доли душевнобольных среди населения повышают значимость надомной

социальной помощи. Сфера социальных услуг – серьёзный сектор социальной безопасности. Обслуживанием больных должны заниматься сотрудники, прошедшие длительный период теоретической и практической подготовки. Сочетание особой уязвимости и опасности психически больных для себя и окружающих в периоды обострений психических расстройств определяет необходимость особого подхода в работе с получателями услуг и персоналом, осуществляющим социальное обслуживание.

Важными проблемами социального обслуживания лиц с ментальными нарушениями представляются частое сочетание у них психических и соматических заболеваний, особенности проявлений сопутствующих заболеваний, а также то, что психически больные в большей степени страдают соматическими заболеваниями, чем психически здоровые сходных возрастных групп.

Реальных конкурентов патронажных отделений ДТСЗН г. Москвы, подготовленных к предоставлению услуг этому сложному контингенту – не существовало. Развивается государственно-частное партнёрство. Предоставление социальных услуг психически больным не требует специальной сертификации и лицензирования. 01.01.2017 года функции патронажных отделений переданы на внешнее исполнение частной компании, а персонал трудоустроен в эту организацию.

Модель патронажного отделения ПНИ, созданная Департаментом

социальной защиты населения города Москвы, обеспечивала качественное и безопасное социальное обслуживание психически больных получателей услуг.

Мы уверены в необходимости развития этой формы патронажа и в том, что опыт сотрудников, подготовленных нами, будет востребован их новым руководством.

Литература

1. Закон РФ от 28 декабря 2013 года 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
2. Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».
3. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 18 ноября 2013 г. № 677н «Об утверждении профессионального стандарта «Социальный работник».
4. Приказ №861 от 14.10.2014 г. ДСЗН г. Москвы «О внесении изменений в Приказ №433 ДСЗН г. Москвы от 26.06.2013 г.»
5. Жигарева, Н.П. Коровяков, А.В. Организация патронажной работы в стационарных учреждениях социальной защиты // Социальная сплоченность на новом рубеже социальной работы», приуроченного к 20-летию социальной работы в России: материалы форума, 24-25 мая 2011 г. – М., 2011. – С. 21–31.
6. Жигарева, Н.П. Коровяков, А.В. Патронажное отделение учреждения стационарного социального обслуживания для лиц с нарушением психического здоровья // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – № 1. – С. 65–69.
7. Заплетнюк, С.Г., Пильник, И.В., Болгова, С.Н., Зинченко, Е.Г., Катюничев, Д.А., Мишин, А.В. Нам с вами по пути // Социальная интеграция психически больных: материалы научно-практической конференции. – М., 2014. – № 11. – С. 67–80.
8. Катюничев, Д.А. Гетероагgression в структуре ипохондрических состояний // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. – М., 2–3 декабря 2004. – С. 60–61.
9. Катюничев, Д.А., Мишин, А.В. Сравнительный анализ динамики ипохондрических нарушений при болезни Альцгеймера и сосудистой деменции на фоне соматической патологии // Нейрореабилитация: материалы V Международного конгресса. – М., 3–4 июня 2013. – С. 131–133.
10. Катюничев, Д.А., Мишин, А.В. К проблеме патокинеза ипохондрических нарушений при болезни Альцгеймера и сосудистой деменции // Психиатрия: дороги к мастерству: Материалы российской научной конференции с международным участием. – Ростов-на-Дону, 5 июня 2013. – С. 325–332.
11. Катюничев, Д.А., Шмелева, Н.П. К проблеме трансформации клинической картины сосудистой деменции в условиях интоксикации // Актуальные инновационные медицинские технологии в области неврологии и смежных медицинских специальностей: Материалы IV научно-практической конференции. – М., 13 ноября 2013. – С. 66–68.
12. Портфель социального работника «Оказание социально-медицинских услуг клиентам организации социального обслуживания»: сборник методических материалов / под ред. Н.В. Лебедевой, канд. психол. наук. – М.: ИПК ДСЗН, 2014. – 46 с.
13. Теория социальной работы: учебник / под ред. Е.И. Холостовой, Л.И. Конновой, М.В. Вдовиной – М., 2012. – 345 с.
14. Чеверев, А.В., Казаковцев, Б.А. Паллиативная медицинская помощь и психиатрия // Психическое здоровье. – 2014. – № 11. – С. 67–80.
15. Чеверев, А.В., Катюничев, Д.А. К проблеме межведомственного взаимодействия в процессе курации лиц пожилого возраста с когнитивными нарушениями // Организация медико-социальной помощи инвалидам, проживающим в специализированных стационарных учреждениях социальной защиты населения города Москвы: материалы научно-практической конференции, – М., 25 сентября 2014. – С. 121–125.
16. Шмидт, В., Панчоха, К. Помогающие специалисты в заботе о пожилых в Чехии: опыт несистемного сопротивления непоследовательной политике // Социология власти. – 2014. – № 3. – С. 126–140.
17. Bettio, F., Veraschchagina, A. (2012) Long-term care for the elderly: Provisions and providers in 33 European countries. European Commission: Luxemburg.
18. Roit, B. (2010) Strategies of care: Changing Elderly care in Italy and the Netherlands, Netherlands: Amsterdam university Press. ■

Редакторы:
Краковяк Пётр
Кшижановски Доминик
Модлиньска Александра

ТЯЖЕЛОБОЛЬНОЙ ДОМА: ЛЕЧЕНИЕ, УХОД, РЕАБИЛИТАЦИЯ

Хронические болезни



Книга «Тяжелобольной дома: лечение, уход, реабилитация. Хронические болезни»
в комплекте с DVD-диском



seni

Издание содержит подробную информацию о том, как правильно ухаживать за больными в домашних условиях. Особое внимание уделено лечению, реабилитации и организации ухода при различных хронических и прогрессирующих заболеваниях, в том числе с хроническими ранами и стомой. В книге представлены полезные сведения, касающиеся личной гигиены больного, что особенно важно для тех, кто страдает недержанием мочи и кала, а также организация питания, правил приема лекарственных препаратов, их действия и побочном эффекте. Издание содержит практические правила и рекомендации, которые позволяют опекунам освоить навыки сестринского дела и организовать качественный уход.

Как купить книгу? Вы можете:

- заказать по электронной почте kniha@seni.ru;
- позвонить по телефону горячей линии Seni: 8-800-200-800-3 для приобретения книги наложенным платежом Почтой России (06.00 – 22.00 ч., кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные).

www.seni.ru

г. Москва, Филиал №1 ООО «БЕЛЛА Восток»
142712, Московская область, пос. Горки Ленинские,
зона придорожного сервиса автодороги «МКАД - аэропорт Домодедово»,
владение 7, стр.1

г. Екатеринбург, ООО «Компания БЕЛЛА Урал»
620036, г. Екатеринбург, ул. Суходольская, д.197

г. Санкт-Петербург, ООО «Гигиена-Север»
196627, г. Санкт-Петербург, п. Ленсовета, Московское шоссе, д.235в

г. Нижний Новгород, ООО «БЕЛЛА Волга»
603152, г. Нижний Новгород, ул. Кащенко, д.2

г. Новосибирск, ООО «БЕЛЛА Сибирь»
630024, г. Новосибирск, Кировский район, Северный проезд, д.2/3

г. Ростов-на-Дону, ООО «белла-Дон»
344065, г. Ростов-на-Дону, ул. 50-летия Ростсельмаша, д.1/52

Вы можете приобрести эту книгу
в подарок Фонду помощи хосписам ВЕРА
www.hospicefund.ru



Если человека нельзя
вылечить, это не значит,
что ему нельзя помочь

Вера

Сделать пожертвование в фонд можно со счета
мобильного телефона!

Вы можете отправить смс со словом *Вера* и
суммой пожертвования на короткий номер 9333.