

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И.ПИРОГОВА»
РОССИЙСКИЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ГЕРОНТОЛОГОВ И ГЕРИАТРОВ

**СИСТЕМА ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА:
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ И ОБЪЕМА
СОЦИАЛЬНО – БЫТОВОЙ ПОМОЩИ И УХОДА
ДЛЯ ГРАЖДАН 65 ЛЕТ И СТАРШЕ С ДЕФИЦИТОМ СА-
МООБСЛУЖИВАНИЯ**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Часть 1. Социально-бытовая помощь и уход

Москва 2018

Рабочая группа: д.м.н., профессор О.Н. Ткачева, д.м.н., профессор Ю.В. Котовская, д.м.н. Н.К. Рунихина, к.м.н. Н.В. Шарашкина, к.б.н. К. Ф Белелюбская, к.м.н. М.А. Ясенская, Андреева Лена, к.м.н. В.С. Остапенко, М.М. Балаева

Эксперты: к.м.н. Э.К. Вергазова, д.м.н.С.В. Петрова, д.м.н., профессор Г. Е. Иванова, к.м.н. Д.В. Невзорова, Е.А. Олескина

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. ВВЕДЕНИЕ
2. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ И ОБЪЕМА ДОЛГОВРЕМЕННОЙ СОЦИАЛЬНО – БЫТОВОЙ ПОМОЩИ И УХОДА ДЛЯ ГРАЖДАН 65 ЛЕТ И СТАРШЕ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ИЛИ ОТСУТСТВИЕМ ВОЗМОЖНОСТЕЙ К ПЕРЕДВИЖЕНИЮ И/ИЛИ САМООБСЛУЖИВАНИЮ
3. ПРОВЕДЕНИЕ ОЦЕНКИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ И ОБЪЕМА ДОЛГОСРОЧНОЙ СОЦИАЛЬНО – БЫТОВОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ГРАЖДАН 65 ЛЕТ И СТАРШЕ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ИЛИ ОТСУТСТВИЕМ ВОЗМОЖНОСТЕЙ К ПЕРЕДВИЖЕНИЮ И/ИЛИ САМООБСЛУЖИВАНИЮ
 - 3.1. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ
 - 3.2. ШКАЛА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ И ОБЪЕМА СОЦИАЛЬНО – БЫТОВОЙ ПОМОЩИ И УХОДА
 - 3.3. ИНСТРУКЦИЯ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ПРОЦЕДУРЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ И ОБЪЕМА СОЦИАЛЬНО – БЫТОВОЙ ПОМОЩИ УХОДА
4. РАЗРАБОТКА ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНА ДОЛГОВРЕМЕННОЙ СОЦИАЛЬНО – БЫТОВОЙ ПОМОЩИ И УХОДА
5. ПРИМЕРЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ОЦЕНКИ ПОТРЕБНОСТИ И ОБЪЕМА ПОМОЩИ И РАЗРАБОТКИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНА СОЦИАЛЬНО – БЫТОВОЙ ПОМОЩИ И УХОДА
6. ЛИТЕРАТУРА
7. ТЕРМИНОЛОГИЯ

1. ВВЕДЕНИЕ

Благодаря улучшению условий жизни, научно-техническому прогрессу, развитию медицины во всем мире увеличивается доля пожилых людей и происходит глобальное старение населения. На протяжении последних 10 лет отмечается закономерный рост продолжительности жизни населения в России - с 67,6 лет в 2007 г. до 72,3 года в 2017 г. [1]. Данные Росстата свидетельствуют об устойчивом росте численности населения в возрасте старше трудоспособного в Российской Федерации в 2006–2015 годах, опережающем рост всего населения страны: если общая численность жителей России за этот период увеличилась на 2%, то пожилого населения — на 20%. Согласно прогнозу Росстата, в перспективе, до 2031 года, в России продолжится рост численности лиц старше трудоспособного возраста, повышение их удельного веса в структуре населения страны. Численность граждан этой возрастной категории достигнет 42,7 млн. человек (28,7% населения). Наиболее быстро увеличивается доля людей в возрасте старше 70 лет: за последние 20 лет количество людей в этом возрасте удвоилось и составляет сегодня более 6% от численности всего населения России [1, 2].

Сегодня в России среди лиц старше трудоспособного возраста более 8 млн. являются инвалидами, 6,4% от общего числа получателей социальных услуг нуждаются в получении на дому процедур по уходу, из них 62,2% полностью прикованы к постели. В последние 5-7 лет своей жизни пожилые люди теряют автономность из-за развития и прогрессирования хронических неинфекционных заболеваний, синдрома старческой астении, вследствие чего нуждаются в посторонней помощи и уходе.

Старческая астения - гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости с высоким риском развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти. Синдром старческой астении тесно связан с другими гериатрическими синдромами и с полиморбидностью, может быть потенциально обратим и влияет на тактику ведения пациента.

Синдром старческой астении присутствует приблизительно у каждого пятого человека старше 65 лет [7,14], его распространенность увеличивается на 3% с увеличением возраста на 1 год и достигает 45% среди лиц старше 90 лет.

Очевидно, что на фоне старения населения в стране будет нарастать число людей, который теряют автономность и нуждаются в помощи и уходе, увеличится нагрузка на социальные, медицинские учреждения, общество в целом.

В настоящее время комфортные условия для пожилых людей с различной степенью потери автономности созданы в социальных стационарных учреждениях. Однако, старение дома остается предпочтительным для большинства пожилых граждан в нашей стране.

Организация деятельности, направленной на развитие долговременной помощи пожилым людям с потерей автономности, является одной из наиболее важных задач государства и общества. Различные инициативы включают информирование населения для того, чтобы улучшить понимание проблем этих людей, сформировать правильное отношение к ним, обеспечить лучшую поддержку пациентам с деменцией и уход за ними, а также обеспечить безопасную среду. Семьи и люди, ухаживающие за этими пациентами, также нуждаются в понимании и поддержке. В результате сотрудничества многих заинтересованных сторон – государственных органов здравоохранения, социальной защиты, некоммерческих организаций, частного сектора, волонтеров, представителей общественности - удастся создать наиболее благоприятные условия для жизни в обществе ослабленных маломобильных пожилых людей. Концепция организации долговременной помощи пожилым людям должна учитывать разные варианты нарушений автономности у пожилых граждан и предлагать комплексный подход к решению проблемы.

Основные условия необходимые для создания современной системы долговременной социальной помощи и ухода за гражданами пожилого возраста подразумевают:

- Совершенствование нормативно-правовой базы долгосрочной помощи гражданам пожилого возраста
- Совершенствование системы финансирования долгосрочной помощи гражданам пожилого возраста
- Подготовку кадров для социальной и медицинских служб (специалистов по социальной работе, медицинских сестер, врачей-гериатров, специалистов по уходу) с разработкой профессиональных стандартов, новых образовательных программ
- Совершенствование межведомственного взаимодействия с разработкой единых алгоритмов определения потребности в уходе, развитием межведомственных информационных систем, обеспечивающих преемственность и согласованность оказания помощи пожилым гражданам
- Разработку единого стандарта качества обеспечения ухода в социальных и медицинских учреждениях
- Развитие гериатрической помощи в учреждениях здравоохранения и социальной защиты.
- Поддержка родственного ухода, семьи

Очевидно, что системы долговременной помощи и ухода должны быть модернизированы, чтобы эффективнее решать неудовлетворенные потребности ослабленных пожилых людей. Для этого необходимо согласовать систему медицинской и социальной помощи с потребностями пожилых людей, улучшить оценку потребностей пожилых людей и их мониторинг, разработать систему для обеспечения долговременного ухода, что позволит гарантировать каждому гражданину возможность стареть в благоприятной окружающей среде и с достоинством.

2. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ И ОБЪЕМА ДОЛГОВРЕМЕННОЙ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВОЙ ПОМОЩИ И УХОДА ЗА ГРАЖДАНАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ИЛИ ОТСУТСТВИЕМ ВОЗМОЖНОСТЕЙ К ПЕРЕДВИЖЕНИЮ И/ИЛИ САМООБСЛУЖИВАНИЮ. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

Для того чтобы осуществлять адекватную помощь и уход, необходимо выяснить и чётко понимать, с удовлетворением каких потребностей человек имеет проблемы и как мы можем и должны их замещать или поддерживать. Методика оценки функционального состояния должна включать основные категории жизнедеятельности человека:

- Способность к самообслуживанию – способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе осуществлять личную гигиену
- Способность к самостоятельному передвижению – способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и перемене положения тела
- Способность к ориентации – способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, к определению времени и места нахождения
- Способность к общению – способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации;
- Способность контролировать свое поведение – способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм.

В разных странах используются опросники для определения уровня базового потенциала человека и необходимого ему объема помощи.

Например, в США для оценки функционального статуса пожилого человека используется специальная шкала SPICES (акроним/аббревиатура гериатрических синдромов):

S - Sleep Disorders – нарушения сна

P - Problems with Eating or Feeding – проблемы с питанием

I - Incontinence – недержание (мочи, кала)

C - Confusion – спутанность сознания

E - Evidence of Falls - падения

S - Skin Breakdown – изменения кожи

Департаментом здравоохранения и социальных услуг штата Висконсин была разработана модель оценки объема долговременного ухода, которая, помимо прочего, включает в себя опросник ежедневной активности пожилого человека. Опросник представляет собой структурированный набор вопросов, который используется для определения способности, потребностей, предпочтений человека и обеспечивает основу для разработки плана ухода. Оценка проводится в комплексе с опросом его / ее семьи, опекуна или других лиц. Этот опросник включает в себя ряд вопросов, ориентированных на определение способности человека самостоятельно принимать пищу, вставать с постели/стула, ходить по лестнице, передвигаться без посторонней помощи, пользоваться ванной, туалетом, проводить личную гигиену, одеваться и раздеваться. Градация способности выполнять оцениваемые функции на основании опросника следующая: А – не испытывает трудностей; В1 - необходима умеренная помощь при необходимости; В2 – необходима умеренная помощь постоянно; С1 - необходима максимальная помощь при необходимости; С2 – необходима максимальная помощь постоянно [12, 13].

В Германии существует система долговременного ухода Pflegegrade, которая разработана Институтом проблем ухода Университета Билефельда (IPW) и Медицинской службой больничных касс Вестфалии-Липпе (MDK WL), подготовленных по поручению Федерального министерства здравоохранения [6, 11]. Цель этой системы – обеспечение ухода всем нуждающимся, с учетом индивидуальных потребностей. Данная система выделяет 4 степени потребности в уходе: степень 1 – небольшие нарушения автономности, степень 2 - серьезные нарушения автономности, степень 3 - тяжелые нарушения автономности, степень 4 - тяжелейшие нарушения автономности. Амбулаторный уход включает в себя следующие услуги: питание (например, помощь при принятии пищи), гигиену (например, мытье в ванне и под душем, бритье, уход за ртом и зубами), подвижность (например, помощь при выходе из дома и возвращении домой, упражнения по сиденью, стоянию и ходьбе для лежачих пациентов), домоводство (например, покупки, уборка квартиры).

Ассоциацией нескольких медицинских научно-исследовательских и лечебных учреждений Нидерландов и Великобритании была разработана шкала оценки уровня ухода (Manual Care Dependency Scale), которая включает в себя оценку следующих показателей: прием пищи и питье; контроль тазовых функций; вынужденные положения тела; мобильность/подвижность; способность поддерживать цикл сна и бодрствования; одевание и раздевание; температура тела (в состоянии ли человек самостоятельно защитить себя от низких и высоких температур окружающей среды); поддержание личной гигиены; безопасность (в состоянии ли человек обеспечить свою безопасность без посторонней помощи); коммуникативность; контакт с другими людьми (степень, в которой пациент способен соответствующим образом создавать,

поддерживать и прекращать социальные контакты); правила и ценности (степень, в которой пациент может сам соблюдать правила); повседневная деятельность; участие в развлекательных мероприятиях; способность к обучению. Данный опросник представлен в двух вариантах [5, 15]:

- версия для самооценки испытуемого, которая включает в себя следующие варианты ответов: 1) я полностью зависим от посторонней помощи; 2) я в значительной степени зависим от посторонней помощи; 3) частично зависим от посторонней помощи; 4) только в ограниченной степени зависим от посторонней помощи; 5) почти независим от посторонней помощи;

- версия для того, кто проводит опрос, которая включает в себя следующие варианты ответов: 1) пациент полностью зависит от посторонней помощи; 2) пациент в значительной степени зависит от посторонней помощи; 3) пациент частично зависит от посторонней помощи; 4) пациент лишь в ограниченной степени зависит от посторонней помощи; 5) пациент почти независимо от ухода от посторонней помощи.

Во Франции степень зависимости от посторонней помощи определяется медико-социальной командой или лечащим врачом по системе AGGIR (Autonomy, Gerontology, Iso-Resources Groups). AGGIR необходима для получения индивидуального пособия по автономии (APA), финансируемого Национальным фондом страхования пожилых. Оценка основана на использовании национальной оценочной системы AGGIR, позволяет измерять степень физической и / или психической зависимости пожилого человека при выполнении повседневной активности. В AGGIR учитываются 17 критериев, десять из которых (дискриминантные, или определяющие критерии) относятся к потере физической и психической автономии (гигиены, питания, мобильности и др.) и учитываются при расчете GIR (Groupes Iso-Ressources). Семь критериев являются описательными и не включаются в расчет GIR, но помогают составлять план ухода, предоставляя дополнительную информацию (управление бюджетом, кулинария, домашние хозяйства, досуг и т.п.).

Система AGGIR выделяет 6 уровней потребности в уходе:

GIR 1 – полная зависимость от посторонней помощи или тяжелые когнитивные нарушения, требующие постоянного присутствия ухаживающего лица (сиделки);

GIR 2 – активность ограничена креслом или кроватью, когнитивные функции частично нарушены, необходима помощь в большей части повседневной жизни; нарушены психические функции, но сохраняется способность двигаться;

GIR 3 – когнитивная сохранность с частичными нарушениями мобильности, требующие помощь ежедневно и несколько раз в день;

GIR 4 – возможность перемещения внутри своего дома, но иногда необходимость помощи при приготовлении пищи, подаче на стол, одевании, посещении туалета;

GIR 5 – потребность только в разовой помощи в стирке, приготовлении пищи и уборке;
GIR 6 – самостоятельность в повседневной жизни.

В Израиле оценка функциональных возможностей проводится для получения пособия по патронажному уходу, которое предоставляется Ведомством национального страхования. Процесс оценки включает проведение оценки зависимости от посторонней помощи (или оценки «права на получение пособия»). Оценка направлена на проверку функциональных возможностей пожилого человека, степень его зависимости от помощи окружающих. В ходе посещения проверяющий определяет, насколько пожилой человек нуждается в помощи и поддержке другого человека в нескольких областях, включая передвижение по дому, питание, одевание, умывание и контроль над физиологическими отправлениями. Кроме того, проверяющий оценивает общее функциональное, когнитивное и эмоциональное состояние человека. При этом для лиц с болезнью Альцгеймера рекомендуется приложить заключение гериатра. По результатам теста устанавливается право на получение пособия и его размер.

Оценка проводится специалистом Ведомства национального страхования — медсестрой, физиотерапевтом или специалистом в области трудотерапии на дому, при этом имеет право присутствовать родственник. По результатам оценки раньше выделялись 3 основных уровня: уровень «алеф» - лица, которые в значительной степени зависят от помощи других, (помощь 9,75 часов в неделю), уровень «бет» - лица, которые в большой степени зависят от помощи других (помощь 16 часов в неделю), уровень «гимель» - лица, которые в полностью зависят от помощи других (помощь 18 часов в неделю).

С 1 января 2018 года в Израиле проходит реформа существующей системы ухода. Одним из важнейших пунктов реформы является резкое увеличение часов работы помощников по уходу за престарелыми. Лицам со значительной степенью зависимости от внешней помощи ее объем будет увеличен с нынешних 18-22 часов до 40 в неделю, для лиц со средней степенью зависимости от внешней помощи — с 16 до 25 часов в неделю. Лица же с малой степенью зависимости от внешней помощи, составляющие 55% от всех получателей пособия по патронажному уходу, будут разделены на две группы. Первая будет получать еженедельно 14 часов вместо 9,75, а вторая — 5 часов вместо 9,75. Важным нововведением реформы стало то, что по новым правилам оценку способности пожилого человека к самообслуживанию будет проводить не представитель Ведомства национального страхования, а врач на дому у пациента. Максимальный размер ежемесячного пособия на оплату постоянной сиделки будет в несколько этапов увеличен с нынешних 3432 до 5000 шекелей. Фактические часы работы специалиста по уходу можно заменить на другие виды услуг, например: частичная оплата услуг си-

делки, посещения дневного центра ухода за пожилыми людьми, оплата кнопки вызова экстренной помощи, горячие обеды, подгузники для взрослых. Лица в возрасте 90 лет и старше освобождены от прохождения оценки Ведомства национального страхования и могут вместо нее пройти оценку функционального состояния у врача-гериатра, работающего в общественном медицинском учреждении (больнице, поликлинике и т.п.) или во время госпитализации.

Особый раздел реформы предусматривает сокращение бюрократических процедур. С этой целью будет введена единая система проверки и разработан стандартный бланк. У каждого нуждающегося в медицинском уходе гражданина и его семьи появится персональный куратор, который поможет максимально реализовать права человека на государственную помощь и построить оптимальную программу по его уходу и лечению.

Разработанная авторами данных рекомендаций шкала определения потребности и объема социально – бытовой помощи и ухода является синтезом систем, которые используются в Израиле (основная часть шкалы) и Франции (дополнительная часть шкалы для определения когнитивного статуса). Разработанная шкала содержит элементы, оцениваемые во время комплексной гериатрической оценки. При этом комплексная гериатрическая оценка является более длительным по времени многомерным и всесторонним методом оценки состояния пожилого человека, выполняемым мультидисциплинарной командой.

3. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ И ОБЪЕМА ДОЛГОСРОЧНОЙ СОЦИАЛЬНО – БЫТОВОЙ ПОМОЩИ И УХОДА ДЛЯ ГРАЖДАН 65 ЛЕТ И СТАРШЕ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ИЛИ ОТСУТСТВИЕМ ВОЗМОЖНОСТЕЙ К ПЕРЕДВИЖЕНИЮ И/ЛИ САМООБСЛУЖИВАНИЮ

3.1. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ

Для оптимальной работы системы долговременного ухода оценка потребности в уходе должна проводиться по единой методике гражданам с дефицитом самообслуживания, в том числе пожилого возраста, проживающим дома, находящимся в медицинских учреждениях или социальных стационарных учреждениях. Важно, чтобы оценку проводили специально обученные работники медицинских и социальных учреждений, используя единую шкалу по единой методике.

Показания к проведению оценки потребности в долгосрочной социально-бытовой помощи и объема ухода:

1. Наличие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты
2. Вероятное снижение функциональности, связанное с возрастом, наличием или последствиями перенесенных заболеваний и травм у граждан пожилого возраста
3. Вероятное снижение функциональности в сочетании с развитием острого заболевания или состояния, которое может ухудшить функциональное состояние пожилого человека (заболевание, потеря близкого человека, другая стрессовая ситуация или психическая травма и др.)
4. Вероятное снижение функциональности после выполнения медицинских вмешательств (инвазивные диагностические процедуры, хирургическое вмешательство и др.)
5. Наличие неизлечимого прогрессирующего заболевания и состояния, необходимость в паллиативной помощи в связи со снижением уровня функциональной активности и появлением или повышением уровня зависимости (при отсутствии показаний к стационарной медицинской помощи).

Оценка потребности и объема долгосрочной социально – бытовой помощи осуществляется:

1. В условиях проживания пожилого человека (дома, в социальном стационарном учреждении).

2. В медицинском учреждении для определения потребности в уходе в период госпитализации.

Оценка потребности в долговременной социально-бытовой помощи и уходе состоит из нескольких этапов и включает в себя:

1. Получение информации о необходимости проведения оценки (заявление от пожилого человека, направление врача-гериатра и т.д.)
2. Собственно обследование и определение объема социальной-бытовой помощи и ухода
3. Разработка индивидуального плана социально-бытовой помощи и ухода
4. Контроль выполнения мероприятий индивидуального плана
5. Пересмотр потребности и объема долгосрочной социально – бытовой помощи и ухода

Получение информации о необходимости проведения оценки

На первом этапе получения информации большое значение имеет то, что необходимо использовать не только заявительный, но и проактивный принцип выявления граждан пожилого возраста с потерей автономности и потребностью в посторонней помощи.

Заявительный принцип предполагает обращение гражданина или его родственника в социальную службу.

Проактивный принцип предполагает активное выявление граждан, нуждающихся в долгосрочной социально-бытовой поддержке и уходе при получении информации в социальную службу из медицинских учреждений (из поликлиники, из стационара при выписке домой), от соседей, знакомых, служащих муниципальных служб, от волонтерских организаций. Проактивная система выявления граждан, нуждающихся в постороннем уходе, постоянной социальной поддержке предполагает обучение широкого круга людей, работающих с пожилыми людьми, повышение осведомленности семей, родственников, в том числе молодых людей о проблемах пожилого возраста [4, 8].

Собственно обследование и определение объема социальной-бытовой помощи и ухода

Время, необходимое для выполнения оценки, составляет 30-40 минут.

Для лиц с установленной деменцией уровень функционирования определяется путем опроса родственников, сиделок, опекунов. Если диагноз деменции не установлен, но при оценке когнитивных функций результат составляет **более 3 баллов**, обследуемого необходимо направить к гериатру или неврологу или психиатру.

Для последующего формирования плана ухода необходимо анализировать ситуацию комплексно, оценивая не только состояние обследуемого, но и наличие или отсутствие безопасной среды, условия проживания дома, окружающую обстановку вне дома: район проживания, расположение жилья относительно жизненно-важных учреждений (поликлиник, аптеки, больницы, магазинов, почты и пр.), дороги, ближайшей остановки автотранспорта, близости мусорных бачков, зон отдыха рядом с жильем, наличие скамеек и др., подход к жилью, (наличие тротуаров, их состояние), свободен ли доступ к жилью, наличие перил, ступенек, исправность лифта в многоэтажном доме и т.д.

Проверка сенсорного дефицита может начинаться от входной двери (например, реакция на звонок и громкость звонка у входной двери может характеризовать снижение слуха). По времени, которое затрачивает человек, подходя к двери, предварительно можно определить его способности к самостоятельному передвижению, а слыша, как долго он возится с замком – его возможности к манипуляциям с предметами, развитие тонкой моторики. Даже количество замков на двери дополнительно характеризует его личность (подозрительность, замкнутость, осторожность). В квартире необходимо оценить безопасность жизнедеятельности и наличие приспособлений для человека с дефицитом самообслуживания: наличие достаточного освещения, перил и ограждений, наличие препятствий, порогов или незакрепленных проводов и др. Особенности условий проживания, внешней среды и наличие сенсорных дефицитов необходимо отражать в общей части бланка определения потребности и объема социально – бытовой помощи и ухода, т.к. в дальнейшем эти сведения понадобятся для выполнения мероприятий по уходу.

Разработка индивидуального плана социально-бытовой помощи и ухода

Индивидуальный план социально-бытовой помощи и ухода базируется на данных полученных в ходе оценки. Индивидуальный план должен быть сбалансированным, т.е. учитывать как утраченные функции пожилого человека с целью их замещения, так и сохраненные функции с целью их максимального поддержания. При разработке плана следует помнить, что опасным для пожилого человека является не только недостаток помощи и ухода, но и то, что избыток помощи и ухода приводит к прогрессированию потери автономности. Важно сохранить активность человека в пределах возможного. Адекватный контроль выполнения мероприятий индивидуального плана способствует соблюдению этого баланса и своевременному пересмотру объема помощи.

Контроль выполнения мероприятий индивидуального плана

Контроль за выполнением мероприятий по уходу необходим, так как он позволяет оценить качество помощи и своевременно установить необходимость пересмотра ее объема.

Осуществление контроля за выполнением мероприятий позволяет выявлять любые изменения в потребностях пожилого человека, определять, какие изменения следует внести в комплекс услуг, чтобы он мог удовлетворять изменившиеся потребности, какие из задач, поставленных в плане по уходу, были выполнены; по каким причинам некоторые задачи выполнены частично или не выполнены совсем. При плановом контроле необходимо пересмотреть требуемые услуги; проверить качество предоставляемых услуг и улучшить их при необходимости; назначить дату следующей проверки.

Пересмотр потребности и объема долгосрочной социально – бытовой помощи и ухода

В силу особенности снижения функционального статуса в зависимости от физического и психологического состояния, изменения социального и материального положения, необходима периодическая оценка потребности в уходе для ослабленных, зависимых, уязвимых пожилых людей.

Плановый пересмотр потребности в уходе и объем поддержки должен проводиться:

- для уровней 1, 2, 5 - 1 раз в 1,5 года
- для уровней 3 и 4 - 1 раз в год-

Внеплановый пересмотр может быть инициирован самим пожилым человеком, членами его семьи, опекунами, социальными, медицинскими работникам

При этом поводом для переоценки могут быть **не только состояния и обстоятельства, потенциально приводящие к ухудшению функциональности** (заболевание, стресс и др.), **но и состояния и обстоятельства, потенциально приводящие к улучшению функционального состояния** (реабилитация, улучшение психологической обстановки и др.). В первом случае итогом оценки может быть увеличение объема услуг, во втором уменьшение его объема.

Внеплановая переоценка потребности в посторонней помощи и уходе должна проводиться в целом ряде случаев: развитие острого заболевания или обострение хронического заболевания; после хирургического вмешательства; после госпитализации, перед выпиской домой; изменение социального статуса; явное ухудшение функциональности (человек перестал вставать с постели, хотя ранее мог встать, одеться и выполнять ежедневные функции с/без посторонней помощи). К состояниям/обстоятельствам, которые могут привести к ухудшению

функционального состояния пожилого человека можно отнести изменение жилищных условий, смену сиделки, изменения жизненной ситуации у опекуна, тяжелую утрату (потеря близкого человека).

К группам риска для прогрессирования снижения/утраты автономности, и, следовательно, высокой вероятностью потребности во внеплановом пересмотре объема социально-бытовой помощи и ухода относятся пациенты с плохо контролируруемыми хроническими заболеваниями, пациенты с частыми падениями, одиноко проживающие, злоупотребляющие алкоголем.

3.2. ШКАЛА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ И ОБЪЕМА СОЦИАЛЬНО – БЫТОВОЙ ПОМОЩИ И УХОДА

Для быстрой оценки функционального состояния пожилого человека и определения потребности в уходе разработана шкала, позволяющая оценивать способность к самостоятельному передвижению, одеванию, личной гигиене, самостоятельному питанию, пользованию туалетом, контролю функции тазовых органов (мочеиспускания и дефекации).

Основная цель применения шкалы - установить степень потери автономности и определить потребность в социально-бытовой помощи и уходе.

Бланк выполнения оценки содержит общую часть, собственно шкалу для оценки объема ухода, состоящую из двух частей (часть 1 – оценка функционального статуса, часть 2 – оценка когнитивного статуса), результат оценки с указанием уровня ухода.

БЛАНК ОЦЕНКИ ПОТРЕБНОСТИ И ОБЪЕМА СОЦИАЛЬНО – БЫТОВОЙ ПОМОЩИ И УХОДА

Дата обследования: _____ 20__ г.

Ф.И.О _____

Пол: 1 – мужской 2 – женский

Дата рождения: _____._____.19____ г.

Возраст: ____ лет.

Место проведения обследования:

1 – в стационаре 2 – на дому 3 – в интернате/доме престарелых

4 - другое, указать _____

Проживание: 1 – один/одна 2 – в семье 3 – интернат/дом престарелых

Если живёт в семье, то количество проживающих _____

Есть дети, но живут отдельно _____

Семейное положение:

1 – женат/замужем 2 – вдовец/вдова 3 – разведён/разведена или проживает отдельно от супруга(и) 4 – холост/не замужем 5 – брак без регистрации

Отопление: да нет Водоснабжение: 1- есть горячая вода 2- только холодная вода

	Отметьте не- обходимое
1. Зрение	
- Нет проблем со зрением (может читать и выполнять мелкие действия в очках или без)	
- Плохо видит (в очках читает с трудом, использует лупу)	
- Слепой	
2. Слух	
-Хорошо слышит или использует слуховой аппарат (не испытывает трудностей при разговоре)	
- Плохо слышит (не пользуется слуховым аппаратом, испытывает трудности при разговоре)	
- Глухой	
3. Оплата счетов	
- справляется самостоятельно	
- необходима частичная помощь	
- необходима помощь в полном объеме	
4. Приготовление пищи	
-справляется самостоятельно	
-необходима частичная помощь при приготовлении пищи	
-не может самостоятельно готовить, нужна помощь на всех этапах приготовления пищи	
5. Уборка квартиры	
-необходима частичная помощь при уборке (в состоянии самостоятельно выполнять большую часть уборки)	
-необходима помощь в уборке труднодоступных мест, мытье окон, туалета, кухни (может выполнять легкую уборку)	
- необходима помощь во всех видах уборки	
6. Покупки	

- справляется самостоятельно	
- не может самостоятельно нести тяжелые сумки	
- необходима помощь на всех этапах совершения покупок	
7.Передвижение вне дома	
-необходима помощь при передвижении на дальние расстояния	
-необходима помощь в зимний период	
- необходима помощь при выходе из дома (преодолеть ступени)	
- не может выходить из дома без сопровождения	

ШКАЛА ОЦЕНКИ ПОТРЕБНОСТИ И ОБЪЕМА СОЦИАЛЬНО – БЫТОВОЙ ПОМОЩИ И УХОДА

Часть 1. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС

Проверка мобильности. Падения	
1. Самостоятелен при ходьбе с использованием подручных средств и/или без	0
2. Самостоятелен при использовании кресла-каталки / нуждается в помощи при вставании с кровати / нуждается в помощи при подъеме на этаж	0,5
3. Нуждается в постоянной помощи при вставании с кресла или постели / нуждается в помощи при переходе с кресла-каталки на кровать, но самостоятелен при использовании кресла-каталки при передвижении	1
4. Нуждается в постоянной помощи при передвижении и вставании из положения сидя в положение стоя; падения >1 раза в месяц	1,5
5. Нуждается в постоянной помощи при ходьбе; падения >1 раза в неделю	2
6. Полностью зависим при передвижении; все дневное время проводит в кресле-каталке, лежащий	7
Одевание	
7. Одевается без посторонней помощи	0
8. Нуждается в умеренной помощи при одевании	0,5
9. Нуждается в максимальной помощи при одевании	1
Личная гигиена	
10. Моется без посторонней помощи	0
11. Требуется присутствие другого человека при купании	0,5
12. Нуждается в умеренной помощи при купании	1
13. Нуждается в максимальной помощи при купании, необходимо полностью умывать	1,5
Еда и питье	
14. Самостоятельно подогревает и принимает пищу и не нуждается в помощи при приеме лекарств	0
15. Нуждается в помощи при подогреве/подаче пищи к столу, но ест самостоятельно и/или требуется контроль и помощь при подготовке порции лекарств	1,0
16. Не в состоянии есть и пить самостоятельно и/или необходим полный контроль над приемом лекарств	1,5
Пользование туалетом	
17. Самостоятельно пользуется туалетом, осуществляет гигиену. Контролирует дефекацию и мочеиспускание	0
18. Самостоятельно пользуется туалетом, но нуждается в сопровождении и при-смотре	1,0
19. Пользуется туалетом, но нуждается в сопровождении, помощи в гигиене и/или одевании.	2
20. Полностью зависим от посторонней помощи в пользовании туалетом. Не контролирует ни одно из отправления	7
ИТОГО	

Часть 2. КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС

	Да	Нет
Разговаривает и ведет себя адекватно, контактен, не агрессивен, не находится в подавленном и угнетенном настроении	0	3 балла
Ориентируется во времени (день и ночь, утро и вечер) и знакомом пространстве, сохранена способность к обобщению	0	3 балла
ИТОГО		

ВНИМАНИЕ! При 3 баллах и более - риске тяжелых когнитивных нарушений.

Необходимо:

- направить обследуемого к гериатру или неврологу или психиатру для уточнения состояния когнитивных функций или обеспечить проведение консультации дома,
 - проинформировать участкового врача

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ПОТРЕБНОСТИ В СОЦИАЛЬНО-БЫТОВОЙ ПОМОЩИ И УХОДЕ

<i>Итоговый балл по 1 и 2 части</i>		<i>Часы в неделю на одного получателя</i>
<i>0,5-1,5 балла</i>	<i>Уровень 1</i>	<i>2</i>
<i>2-4 балла</i>	<i>Уровень 2</i>	<i>8</i>
<i>4,5-7,0</i>	<i>Уровень 3</i>	<i>16</i>
<i>7,5-9 баллов</i>	<i>Уровень 4</i>	<i>24</i>
<i>9,5 баллов и более</i>	<i>Уровень 5</i>	<i>28</i>

ОПИСАНИЕ УРОВНЕЙ В СОЦИАЛЬНО-БЫТОВОЙ ПОМОЩИ И УХОДА

Степень зависимости	Описание группы
Уровень 1	Объединяет людей, нуждающихся в незначительной помощи для соблюдения личной гигиены, приготовления еды и уборки. Люди данной категории частично утратили способность к самообслуживанию, им необходима незначительная помощь для удовлетворения жизненных потребностей, оказание помощи в уборке труднодоступных мест, помощь при развешивании постиранного белья. Когнитивные функции не нарушены. Здоровье в стабильном состоянии, контролируемое лекарственной терапией. Частые госпитализации, как правило, не требуются, но необходимо диспансерное наблюдение. Уровень соответствует престарелости, могут быть единичные гериатрические синдромы (например, снижение зрения и/или слуха, не приводящие к резким ограничениям их функционального статуса).
Уровень 2	Способность к самообслуживанию снижена. Люди данной группы, нуждающиеся в помощи в передвижении по дому, пользуются техническими средствами реабилитации. Необходима помощь при одевании и соблюдении личной гигиены, частичная помощь при купании. Могут выполнять только частичную уборку в досягаемости руки человека, для поддержания бытовых условий необходима помощь. Часто необходимо содействие в приготовлении пищи. Когнитивные функции не нарушены.
Уровень 3	Объединяет людей, частично утративших способность к самообслуживанию, из-за нарушения здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, вследствие заболеваний, травм или дефектов, приводящими к выраженному ограничению жизнедеятельности. Психическая самостоятельность обычно сохранена. Люди данной группы нуждающиеся

	<p>в помощи ежедневно и неоднократно для выполнения действий повседневной жизни (помощь в передвижении, сопровождение вне дома, помощь при вставании, значительная помощь при купании и одевании). Необходима значительная помощь в уборке, стирке, приготовлении горячей пищи. Необходим контроль/действие при приеме лекарств.</p>
Уровень 4	<p>Люди данной группы не способны к самообслуживанию и выполнению инструментальных бытовых действий без посторонней помощи, чаще прикованные к кровати или к креслу. Психические функции, как правило нарушены частично. В данную группу могут входить лица, чьи психические функции сильно нарушены, но сохранена способность к передвижению. Нуждаются в разных видах повседневной деятельности, имеет место выраженное ограничение одной или нескольких категорий жизнедеятельности. Степень функциональности соответствует 1-2 группе инвалидности.</p> <p>Необходима значительная помощь в самообслуживании с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц: одевание/купание/прием пищи/соблюдение питьевого режима/ контроль приема лекарств/ помощь в использовании средствами личной гигиены/перемещение по дому/обработка и уход за компенсирующими медицинскими устройствами. Часто нарушена способность ориентации во времени и в пространстве, требуется помощь других лиц. Необходимо поддержание способности к общению и способность контролировать своё поведение.</p>
Уровень 5	<p>Люди данной группы, полностью зависимые, лежащие или проводящие дневное время в кресле-каталке, их психические функции сильно нарушены, и они нуждаются в постоянном присутствии помощников. Люди из данной группы могут быть психически сохранены, но нуждаются в паллиативной помощи и постоянном уходе.</p> <p>Степень функциональности соответствует 1 группе инвалидности со стойким значительно выраженным расстройством функций организма.</p>

3.3. ИНСТРУКЦИЯ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ПРОЦЕДУРЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ И ОБЪЕМА СОЦИАЛЬНО – БЫТОВОЙ ПОМОЩИ УХОДА И ЗАПОЛНЕНИЮ БЛАНКА

Подготовка к визиту

1. Позвонить заранее, чтобы договориться о дне и времени предполагаемой оценки
2. Представиться
3. Объяснить причину визита и необходимость сбора информации
4. Получить согласие обследуемого лица и/или родственника/опекуна
5. При общении важно оценить, может ли обследуемый:
 - a. воспринимать внешнюю информацию – понимание речи и (или) письма;
 - b. излагать собственные желания и мысли – устным или письменным способом

Общая оценка и заполнение общей части бланка

1. Оценить условия проживания
2. Определить наличие сенсорного дефицита (нарушений зрения, слуха)
3. Оценить безопасность жизнедеятельности обследуемого
4. Оценить социальную интеграцию – взаимодействует ли с семьей, соседями, медицинским персоналом и другими окружающими

Оценка безопасности жизнедеятельности людей пожилого и старческого возраста подразумевает: 1) оценку безопасности домашней среды в отношении риска падений, 2) оценку пожарной и электробезопасности, 3) оценку пищевой безопасности.

При оценке безопасности домашней среды в отношении риска падений следует обратить внимание на следующие аспекты: насколько удобна для пожилого человека высота мебели (кровати, кресел) и насколько она устойчива, удобна ли высота унитаза, имеются ли в квартире поручни (особенно в ванной, туалете), состояние пола и напольного покрытия (есть ли риск зацепиться, споткнуться, закреплены ли края ковра), наличие порогов (целесообразно устранить там, где это возможно); достаточность освещения.

Оценка пожарной и электробезопасности особенно важна для пожилых людей с тяжелыми когнитивными нарушениями и деменцией. Необходимо оценить, есть ли у используемой техники автоматическое отключение, оборудована ли квартира/дом/подъезд пожарными датчиками/сигнализацией. Если пациент с когнитивными нарушениями остается дома один, существует ли возможность блокировки подачи газа. Следует пресекать попытки самостоятельной разборки и ремонта электроприборов.

В плане оценки пищевой безопасности целесообразна проверка состояния продуктов питания и блюд, находящихся в холодильнике, срока годности хранящихся продуктов.

Часть 1. Оценка функционального статуса

Уровень функционирования определяется путем опроса гражданина с дефицитом самообслуживания, его родственников и других лиц, которые принимают значимое участие в уходе за гражданином.

Следует оценивать реальные, а не предполагаемые действия пожилого человека

Для проверки отдельных функций возможно использование наводящих вопросов: «Можете ли Вы ходить самостоятельно или нуждаетесь в поддержке?» или «Пользуетесь ли Вы при ходьбе тростью?» Очень желательна просьба продемонстрировать отдельные действия: попросить пройти по квартире, включить плиту, надеть рубашку, застегнуть пуговицы и т.д., для слабовидящих – налить чай в чашку из чайника, для тех, кто с тремором – включить плиту/зажечь газ на плите. При переломе руки, после инсульта – попросить показать, как человек причёсывается, одновременно сделать вывод о возможности мыться самостоятельно.

Разъяснения по вариантам ответов на вопросы (оценке)

Проверка мобильности. Падения.

1. Самостоятелен при ходьбе с использованием подручных средств и/или без - не нуждается в помощи (Важно! Эта категория предполагает, что пациент может использовать вспомогательные средства, например, трость, ходунки).
2. Самостоятелен при использовании кресла-каталки / нуждается в помощи при вставании с кровати / нуждается в помощи при подъеме на этаж:
 - a. может передвигаться с помощью инвалидной коляски, в том числе огибать углы и пользоваться дверями;
 - b. нуждается в присмотре при вставании с кровати, но в остальном самостоятелен при ходьбе и/или передвижении; садится из положения лежа в кровати сам.
 - c. нуждается в присмотре при подъеме на этаж, но в остальном самостоятелен при ходьбе и/или передвижении;
3. Нуждается в постоянной помощи при вставании с кресла или постели / нуждается в помощи при переходе с кресла-каталки на кровать, но самостоятелен при использовании кресла-каталки при передвижении:
 - a. может передвигаться с помощью кресла-каталки, но нуждается в физической поддержке при переходе с кресла-каталки на кровать;

13. Нуждается в максимальной помощи при купании, необходимо полностью умыть - не может умыться, искупаться без посторонней помощи.

Еда и питье

14. Самостоятельно подогревает и принимает пищу и не нуждается в помощи при принятии лекарств
15. Нуждается в помощи при подогреве/подаче пищи к столу, но ест самостоятельно и/или требуется контроль и помощь при подготовке порции лекарств - частично нуждается в помощи (например, при разрезании пищи, намазывании масла на хлеб и т.д., при этом принимает пищу самостоятельно, нуждается в подготовки порций лекарств - достать из блистера, налить стакан воды, положить в рот, запить)
16. Не в состоянии есть и пить самостоятельно и/или необходим полный контроль над приемом лекарств

Пользование туалетом

17. Самостоятельно пользуется туалетом, осуществляет гигиену. Контролирует дефекацию и мочеиспускание – как туалетной комнатой, так и прикроватным туалетом, в том числе может сам поменять себе подгузник или урологическую прокладку, моче-приемник
18. Самостоятельно пользуется туалетом, но нуждается в сопровождении и присмотре
19. Пользуется туалетом, но нуждается в сопровождении, помощи в гигиене и/или одева-нии - нуждается в помощи, часть действий не может выполнять самостоятельно
20. Полностью зависим от посторонней помощи в пользовании туалетом. Не контролирует ни одно из отправлений – в том числе не может сам поменять себе подгузник или урологическую прокладку.

Часть 2. Оценка когнитивного статуса

Оценивается поведение обследуемого в целом. Следует обратить внимание на то, как человек ведет беседу, как отвечает на вопросы, на сколько он контактен, нет ли признаков агрессивности по отношению к ведущему оценку, родственникам/ухаживающим лицам/сосе-дям, не находится ли в подавленном и угнетенном настроении, ориентирован ли он во времени (день и ночь, утро и вечер) и знакомом пространстве

Для проверки когнитивных функций в беседе рекомендуется использование наводящих вопросов: «Напомните мне, какое сегодня число?», «Давайте уточним Ваш адрес?».

При подозрении на выраженные когнитивные нарушения и проблемах с ориентацией возможно использование вопросов, оценивающих способность к обобщениям, выявлению сходств и различий между предметами, построение умозаключений. Например, информативны вопросы на поиск обобщающего признака: «Что общего между яблоком и грушей?», «Что общего между столом и стулом и т.д. Можно также попросить объяснить значение пословицы или дать описание какой-либо сюжетной картинки.

Результат 3 и более баллов свидетельствует о том, что у обследуемого высокий риск тяжелых когнитивных нарушений. В этом случае необходимо:

- направить пожилого человека к врачу-гериатру или неврологу или психиатру для уточнения состояния когнитивных функций или обеспечить проведение консультации на дому,
- проинформировать участкового врача.

4. РАЗРАБОТКА ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНА ДОЛГОВРЕМЕННОЙ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВОЙ ПОМОЩИ И УХОДА

Качественный уход за людьми с дефицитом самообслуживания предполагает обязательное соблюдение алгоритма осуществления процедур ухода. В план включаются все необходимые мероприятия, в том числе те, которые могут осуществляться семьей, опекуном, социальными службами, определяется порядок их выполнения.

На основании результатов проведенной оценки специалист по социальной работе составляет индивидуальный план по уходу, в котором формулируются конкретные цели и задачи, составляется перечень социальных и бытовых услуг и услуг по персональному уходу. определяются сроки выполнения и даты проверок плана ухода. Необходимо выделить приоритетные проблемы получателя социального обслуживания, а при необходимости, проблемы семьи, лиц, осуществляющих уход, опекунов, выделить цели помощи (и ухода), обсудить предпочтения пациента. Индивидуальный план по уходу должен быть обсужден с гражданином с дефицитом самообслуживания, (при возможности), его родственниками/опекунами и понятен им [8, 9].

Индивидуальный план составляется на каждого клиента и должен содержать перечень работ, которые учитывают функциональное состояние получателя социальных услуг и зависимость его от посторонней помощи. Индивидуальный план составляется конкретно для каждого клиента с учетом его возможностей и потребностей.

За получателем социально-бытовой помощи и ухода закрепляется социальный работник, составляется индивидуальный график работы, включающей в себя следующее:

А. Персональный уход (ADL):

- одевание
- прием пищи
- прием лекарств
- поддержание личной гигиены
- помощь при передвижении
- наблюдение за состоянием подопечного

Б. Оказание помощи при выполнении инструментальных повседневных бытовых действий (IADL):

- наведение порядка и уборка
- стирка, приготовление пищи
- сопровождение вне дома

покупка продуктов и выполнение поручений

В. Общение с подопечным.

Существует два вида социально- бытовой помощи и ухода:

а) Бытовая помощь – социальный работник оказывает помощь только в выполнении инструментальных бытовых действий (IADL) на дому у подопечного.

б) Персональный уход – социальный работник осуществляет персональный уход за подопечным (ADL) и оказывает помощь в выполнении инструментальных бытовых действий (IADL).

Социальный работник реализует план мероприятий по уходу, следит за тем, чтобы они отвечали ожиданиям получателя услуг, соответствовали его возможностям, ведет учет любой новой информации, выявляет изменения в состоянии и обстоятельствах жизни подопечного.

Перечень услуг в соответствии с уровнями потребности в социально-бытовой помощи и уходе

Уровень	Основные потребности	Перечень услуг	Примечание
1 уровень - 2 часа в неделю	Покупка и выполнение поручений	Покупка продуктов, оплата коммунальных услуг, покупка товаров первой необходимости, доставка воды, топка печей. Приобретение и доставка лекарственных препаратов. Помощь с банковскими операциями и при осуществлении крупных покупок.	
	Помощь в приготовлении пищи	Помощь в приготовлении пищи – мытье продуктов, чистка, нарезка.	
	Купание	Присутствие при купании	
	Одевание	-	
	Личная гигиена	-	
	Пользование туалетом	-	
	Передвижение	Помощь при дальних поездках или помощь в организации поездок, их планировании	
	Уборка	Генеральная – мытье окон, откосов, плинтусов, стирка штор, мытье люстры	
	Стирка	Помощь в развешивании	
	Социальная коммуникация	Поддержание мотивации к деятельности Помощь в организации (направление в центры) Помощь в осуществлении связи с применением современных технологий, поддержка в принятии решений	
		2 часа в неделю	
2 уровень 8 часов в неделю	Покупка и выполнение поручений	Покупка продуктов, оплата коммунальных услуг, покупка товаров первой необходимости, доставка воды, топка печей. Помощь с банковскими операциями и при осуществлении крупных покупок.	
	Помощь в приготовлении пищи	Помощь в приготовлении пищи – мытье продуктов, чистка, нарезка.	

	Купание	Небольшая помощь для обеспечения безопасности у пациентов со сниженной мобильностью. Присутствие при купании	
	Одевание	-	
	Личная гигиена	Небольшая помощь при уходе за ногтями рук, ног, волосами	
	Пользование туалетом	-	
	Передвижение	Передвижение на дальние расстояния в сопровождении других лиц	
	Прием лекарственных препаратов	Помощь в доставке лекарств, нуждается в помощи по приготовлению лекарств, необходим контроль за дозами, кратностью применения	
	Уборка	Еженедельная – уборка и уборка пыли в трудно доступных местах, чистка ванны и унитаза, чистка плиты и духового шкафа	
	Стирка	Помощь в закладке вещей, развешивании вещей	
	Социальная коммуникация	Поддержание мотивации к деятельности. Организация информационных и развлекательных мероприятий в дневные часы, очных и с применением телекоммуникационных и электронных технологий	
		8 часов в неделю	
3 уровень 16 часов в неделю	Покупка и выполнение поручений	Покупка продуктов, оплата коммунальных услуг, покупка товаров первой необходимости, доставка воды, топка печей. Приобретение и доставка лекарственных препаратов. Помощь с банковскими операциями и при осуществлении крупных покупок	
	Помощь в приготовлении пищи	Помощь в приготовлении пищи – мытье продуктов, чистка, нарезка. Разогрев пищи, подача	
	Купание	Может потребоваться помощь при купании, мытье головы, отдельных частей тела	
	Одевание	Может потребоваться помощь при одевании и раздевании	
	Личная гигиена	Помощь при уходе за ногтями рук и ног, волосами	
	Пользование туалетом	Помощь при пользовании туалетом - сопровождение, поддержка	
	Передвижение вне дома	Помощь при передвижении вне дома, сопровождение,	
	Передвижение по дому	может требоваться помощь при вставании с постели или при пересаживании с кровати на стул, кресло	
	Уборка	Еженедельная – сухая влажная, уборка мебели от пыли, чистка раковин на кухне и ванной, чистка ванны и унитаза, чистка плиты и духового шкафа. Генеральная – мытье окон, откосов, плинтусов, стирка шор, мытье люстры	
	Стирка	Помощь в развешивании, стирка, глажка, мелкий ремонт одежды	
	Прием лекарственных препаратов/ покупка и выполнения поручений	Помощь в доставке лекарств, нуждается в помощи по приготовлению лекарств, необходим контроль за дозами, кратностью применения	
	Социальная коммуникация	Поддержание мотивации, помощь при использовании телевизора, радио. При поведенческих нарушениях необходим контроль и надзор.	

		16 часов в неделю	
4 уровень 24 часа в неделю	Покупка и выполнение поручений	Покупка продуктов, оплата коммунальных услуг, покупка товаров первой необходимости, доставка воды, топка печей.	
	Прием пищи и воды	Помощь в доставке продуктов, приготовлении горячей пищи, организации приема пищи, сервировки стола, может потребоваться специальное приготовление пищи (блендирование, измельчение, применение загустителей и т.д.), применение адаптивных технологий при кормлении, специальных ложек (с дополнительными поддерживающими устройствами), поильников и т.д.	
	Купание	Помощь при купании, мытье головы, отдельных частей тела	
	Одевание	Помощь при одевании	
	Личная гигиена	Помощь при уходе за ногтями рук и ног, волосами, умывании, чистке зубов, бритье. Гигиеническая обработка при смене адсорбирующего белья. Оказание санитарно-гигиенических услуг (вынос судна, уход за ротовой полостью, стрижка и т.п.)	
	Передвижение вне дома	Помощь при дальних поездках или помощь в организации поездок, их планировании (сопровождение вне дома). Прогулки.	
	Передвижение по дому	Вертикализация (помощь при вставании, укладывании). Помощь в передвижении по дому. Пересаживание.	
	Пользование туалетом	Помощь при пользовании туалетом, поддержка, пользование туалетной бумагой, снятие и одевание одежды, смена подгузника.	
	Уборка	Еженедельная – сухая влажная, уборка мебели от пыли, чистка раковин на кухне и ванной, чистка ванны и унитаза, чистка плиты и духового шкафа. Генеральная – мытье окон, откосов, плинтусов, стирка штор, мытье люстры	
	Стирка	Помощь в развешивании, стирка, глажка, мелкий ремонт одежды	
	Прием лекарственных препаратов	Помощь в доставке лекарств, нуждается в ежедневной помощи по приготовлению лекарств в необходимой дозе	
	Социальная коммуникация	Поддержание мотивации, помощь при использовании телевизора, радио. Психологическая помощь. Присмотр	
		24 часа в неделю	
5 уровень 28 часов в неделю	Покупка и выполнение поручений	Самостоятельное проживание дома не возможно; необходима организация круглосуточного ухода и наблюдения, что возможно при участии членов семьи или опекунов, обеспечивающих безопасное нахождение пациента дома. Покупка продуктов, оплата коммунальных услуг, покупка товаров первой необходимости, доставка воды, топка печей.	
	Помощь в приготовлении пищи	Помощь в доставке продуктов, приготовлении горячей пищи, организации приема пищи, сервировки стола, может потребоваться специальное приготовление	

		пищи (блендирование, измельчение, применение загустителей и т.д.), применение адаптивных технологий при кормлении, специальных ложек (с дополнительными поддерживающими устройствами), поильников и т.д.	
	Кормление	Кормление – кормление подопечного- кормление 2-3 раза в течение дня	
	Соблюдение питьевого режима	Контроль за питьевым режимом	
	Купание	Купание пациента в ванной комнате или на «месте» в кровати	
	Одевание	Одевание и раздевание пациента, смена белья; во всех случаях предпочтительно содействовать пациенту при его попытках одеться, раздеться	
	Личная гигиена	Уход за кожей, складками, ногтями, волосами; бритье; уход за полостью рта. Гигиеническая обработка при смене адсорбирующего белья. Во всех случаях предпочтительно содействовать пациенту при выполнении им процедур личной гигиены	
	Пользование туалетом	Помощь при пользовании судном или регулярная смена памперсов и уход за кожей интимных зон. Во всех случаях предпочтительно содействовать пациенту при его желании пользоваться судном или туалетом	
	Передвижение	Помощь при присаживании в кровати, пересаживании в кресло-каталку или вставании; при резком ограничении физической активности — регулярные повороты, изменения положения тела в кровати (каждые 1,5-2 часа); выполнение по графику пассивных движений конечностей (не менее двух раз за сутки). Вертикализация	
	Уборка	Поддержание необходимого уровня чистоты в доме. Еженедельная – сухая влажная, уборка мебели от пыли, чистка раковин на кухне и ванной, чистка ванны и унитаза, чистка плиты и духового шкафа. Генеральная – мытье окон, откосов, плинтусов, стирка шор, мытье люстры.	
	Стирка	Стирка и глажка вещей.	
	Прием лекарственных препаратов	Подача лекарств и контроль за приемом лекарственных средств, их подготовка, полный контроль за дозами, схемами, кратностью приема	
	Социальная коммуникация	При сохраняющихся когнитивных функциях — помощь при пользовании интернетом, телевизором, радио. При нарушениях памяти, ориентации, мыслительной деятельности — поддержание психологического благоприятного окружения, прослушивание классической музыки, просмотр ретро-фильмов, чтение вслух для пациента книг, газет, журналов по его желанию 28 часов в неделю	

План мероприятий по уходу и объем получаемой помощи может меняться в зависимости от индивидуальных нужд пожилого человека.

Одиноким и одинокопроживающим пожилым людям требуется в большем количестве часов, чем людям, проживающим в семье (живущим в семье – это те, кто проживает среди граждан, чья способность к самообслуживанию не снижена и нет других обстоятельств, затрудняющих жизнедеятельность – родственники с алкогольной или наркотической зависимостью, наблюдающиеся в ПНД и т.п.)

Объем получаемой помощи для одиноких и одинокопроживающих и семейных граждан пожилого возраста

Живет в семье	
<i>Уровень 1</i>	Не получает помощи
<i>Уровень 2</i>	Помощь 4 часов в неделю
<i>Уровень 3</i>	Помощь 10 часов в неделю
<i>Уровень 4</i>	Помощь 15 часов в неделю
<i>Уровень 5</i>	Помощь 20 часов в неделю
Живет один	
<i>Уровень 1</i>	2
<i>Уровень 2</i>	8
<i>Уровень 3</i>	16
<i>Уровень 4</i>	24
<i>Уровень 5</i>	28

Планируя мероприятия по уходу, важно обеспечить безопасное жизненное пространство пожилого человека, предпринять меры для снижения риска падений. Для создания условий безопасной жизнедеятельности и достойного качества жизни место проживания пожилого человека должно быть оборудовано соответствующими дефициту самообслуживания средствами малой реабилитации. К средствам малой реабилитации относятся: кресла-коляски, ходунки, противопролежневые матрасы, туалетные стулья, функциональные кровати, прикроватные столики, подъемники, специальные столовые приборы, поручни, реабилитационные пояса, транспортировочные доски и т. д. Важно не забывать и про использование средств по уходу (пенки, крема, лосьоны для профилактики пролежней).

Важно решать не только социальные, но и медицинские проблемы, которые могут повлиять на ухудшение состояния пожилого человека. Достижение определенных целей возможно только при взаимодействии медицинской и социальной служб, сочетании долговременного социального и медицинского патронажа. Вторая часть методических рекомендаций будет посвящена вопросам организации долговременной медицинской помощи, включая реабилитационную и паллиативную. Медицинские мероприятия включают профилактику развития осложнений у маломобильных и лежачих пациентов (снижение функциональности, падения, пролежни, делирий, синдром мальнутриции, боль, депрессия, одиночество и т.д.); подразумевают учет особенности ведения хронических заболеваний (артериальной гипертензии, сахарного диабета, сердечной недостаточности, заболеваний суставов, недержанием мочи и т. д.), а также регулярный пересмотр лекарственной терапии с целью уменьшения полипрагмазии для профилактики нежелательных лекарственных реакций и других проблем, связанных с приемом лекарств. Разработка индивидуального плана долговременной медицинской помощи и ухода помогает определить приоритеты целей пациента по уходу, мониторировать потребности пожилого человека.

ПРИМЕРЫ

Пример №1

Супруги П., Анна Васильевна 83 лет и Владимир Николаевич 87 лет, женаты 62 года. Оба с высшим образованием, вместе работали инженерами – проектировщиками на заводе. В настоящее время являются пенсионерами и живут в городе в однокомнатной квартире на 5-м этаже 9-этажного дома, оборудованном лифтом.

У супругов П. нет детей, они не являются получателями социальных услуг, но оба наблюдаются у гериатра по месту жительства.

Анна Васильевна 10 лет назад перенесла инсульт, после которого у нее развилась афазия и ее левая сторона тела осталась частично парализованной. С того времени имеет II группу инвалидности. У Владимира Николаевича гипертоническая болезнь и остеоартрит коленных суставов – он не может долго стоять, ему тяжело передвигаться, пользуется тростью. В последнее время ему все сложнее самому делать покупки в продуктовом магазине и аптеке, которые расположены приблизительно в 300 м от дома, им помогают соседи. Оплату коммунальных услуг Владимир Николаевич осуществляет самостоятельно.

В связи с тем, что Владимиру Николаевичу стало трудно ухаживать за Анной Васильевной, гериатр передала информацию в социальную службу о необходимости оценки потребности и объема социально-бытовых услуг для супругов П.

Перед визитом сотрудник социальной службы связался с Владимиром Николаевичем по телефону, чтобы договориться о времени визита. Владимир Николаевич взял трубку после 5 звонка. Во время телефонного разговора Владимир Николаевич был приветлив, быстро и адекватно реагировал на вопросы, не переспрашивал.

В назначенный день после звонка в дверь сотруднику социальной службы пришлось подождать около 2 минут, пока Владимир Николаевич дошел до двери и открыл замок.

Владимир Николаевич с Анной Васильевной встретили сотрудника социальной службы приветливо. Выглядят опрятно.

Во время визита социальный работник определил, что дома имеется горячая и холодная вода, нет поручней в ванной и туалете, обратил внимание, что нет ковров в квартире, имеется достаточное освещение, в том числе, в коридоре по пути из комнаты в санузел.

Анна Васильевна пользуется очками для чтения, реагирует на обращенную речь и звуки окружающей среды. Владимир Николаевич несколько лет назад перенес операцию на оба глаза по поводу катаракты, в настоящее время пользуется очками, жалоб на снижение зрения и слуха не предъявляет.

При оценке мобильности сотрудник социальной службы попросил Анну Васильевну попытаться самостоятельно встать с кровати и пройти несколько шагов, оказалось, что она самостоятельно может садиться, но нуждается в поддержке при переходе из положения сидя в положение стоя, при ходьбе отмечалась неустойчивость, в связи с чем было рекомендовано приобретение ходунков. Владимир Николаевич передвигается с помощью трости, в посторонней помощи не нуждается. Оба опасаются падений.

При одевании Анна Васильевна нуждается в умеренной помощи супруга из-за слабости в левых конечностях и при застегивании пуговиц и иных мелких деталей одежды. Владимир Николаевич не нуждается в помощи при одевании.

При проведении личной гигиены Анна Васильевна нуждается в умеренной помощи супруга для того, чтобы залезть в ванну, при мытье головы, отдельных частей тела. Владимир Николаевич НЕ нуждается в посторонней помощи при купании и соблюдении личной гигиены, нужна «страховка» при купании - присутствие человека в квартире, т.к. есть страх падения.

Оба супруга нуждаются в помощи при приготовлении горячей пищи, поддержании чистоты в квартире (уборка пыли с труднодоступных поверхностей).

Пользование туалетом вызывает трудности только у Анны Васильевны, так как ей необходима поддержка при вставании с унитаза и помощь при проведении гигиенических мероприятий.

Супруги Петровы нуждаются в помощи для поддержания чистоты в доме, стирке вещей.

Таким образом, согласно шкале определения потребности в социально-бытовых услугах и уходе, Анна Васильевна соответствует уровню 3: она нуждается в помощи при вставании с кровати, при подъеме на этаж (0,5 баллов), нуждается в умеренной помощи при одевании (0,5), нуждается в умеренной помощи при купании (1 балл), нуждается в помощи при подогреве/подаче пищи к столу, но ест самостоятельно (0,5 баллов), нуждается в помощи при пользовании туалетом (2 балла) – сумма баллов 4,5.

У Владимира Николаевича 1-й уровень, так как он практически не нуждается в посторонней помощи, кроме приготовления пищи, помощи при совершении покупок и передвижении на большие расстояния. Плановая повторная оценка определения объема ухода для Анны Васильевны назначена через год, для Владимира Николаевича через 1,5 года.

Анна Васильевна (уровень 3)

1.

	Общая потребность	Ресурсы	Цели	Мероприятия	Дата контроля
Мобильность		Сотрудник социальной службы	Активизация и социализация, профилактика падений, соблюдение	Помощь при дальних поездках или помощь в организации поездок	
Одевание		Помощь супруга		Помощь при застегивании пуговиц, кнопок	
Личная гигиена		Помощь супруга		Помощь, чтобы залезть в ванну, поддержка	
Приготовление пищи		Сотрудник социальной службы		Помощь в приготовлении горячей пищи, доставка продуктов	

Пользование туалетом	16 часов в неделю	Помощь супруга	полноценного режима питания, профилактика недостаточности питания	Поддержка при вставании с унитаза, произвести гигиенические мероприятия	
Помощь в быту		Сотрудник социальной службы		Поддержание необходимого уровня чистоты в доме. Помощь в ведении домашних дел	

Владимир Николаевич (уровень 1)

	Общая потребность
Мобильность	Помощь в доставке продуктов, приготовлении пищи
Одевание	
Личная гигиена	
Приготовление пищи	
Пользование туалетом	

Продолжение

Через 3 месяца после первичной оценки потребности и объема социально-бытовых услуг Анна Васильевна перенесла повторный инсульт и осталась полностью обездвиженной, утратила контроль над тазовыми функциями. Супруги по-прежнему находятся под наблюдением гериатра по месту жительства. На дому с Анной Васильевной занимается инструктор ЛФК, медицинская сестра посещает ее один раз в 2 недели, врач - 1 раз в месяц. Гериатром была передана информация в районный центр социального обслуживания о необходимости внеплановой переоценки функционального статуса Анны Васильевны. При повторном визите сотрудник социальной службы отметил, что Анна Васильевна лежит на кровати в спальне, появилась необходимость в использовании абсорбирующего белья, питание производится через зонд. Когнитивный статус оценить невозможно.

Состояние Владимира Николаевича существенно не изменилось.

На момент осмотра Анна Васильевна соответствует уровню 5, так как она нуждается в максимальной помощи по каждому критерию и, согласно плану помощи, она должна получать помощь в объеме 20 часов в неделю. Плановая повторная оценка назначена через 1,5 года.

Анна Васильевна (уровень 5)

	Общая потребность	Ресурсы	Цели	Мероприятия	Дата контроля
--	-------------------	---------	------	-------------	---------------

Мобильность	28 часов в неделю.	Сотрудник социальной службы	Активизация и социализация, профилактика пролежней, контрактур, соблюдение полноценного режима питания, гигиены, профилактика недостаточности питания, кахексии	Регулярные повороты, изменения положения тела в кровати (каждые 1,5-2 часа); выполнение по графику пассивных движений конечностей (не менее двух раз за сутки)	
Одевание		Помощь супруга		Одевание и раздевание, смена белья;	
Личная гигиена		Помощь супруга		Уход за кожей, складками, ногтями, волосами; уход за полостью рта. Купание	обучение
Приготовление пищи		Сотрудник социальной службы		Приготовление горячей пищи, доставка продуктов, кормление 2-3 раза в течение дня, поить регулярно	
Пользование туалетом		Помощь супруга		Помощь при пользовании судном или регулярная смена памперсов и уход за кожей интимных зон	обучение
Помощь в быту		Сотрудник социальной службы		Поддержание необходимого уровня чистоты в доме. Стирка вещей. Помощь	

				в ведении до- машних дел	
--	--	--	--	-----------------------------	--

Пример № 2

Антон Александрович М. 88 лет, живет один на 3-м этаже в 12-этажном доме. Редко выходит из дома в связи с неисправностью лифта. Разведен, имеет двоих детей, которые с ним не общаются. Образование 8 классов, работал водителем. Имеет инвалидность III группы. 15 лет назад оперирован по поводу рака прямой кишки, была наложена колостома, которую он способен промывать самостоятельно. Также у Антона Александровича артроз коленных суставов, из-за чего он вынужден пользоваться ходунками, и высокое артериальное давление. За последнюю неделю падал 2 раза, без травм. В поликлинику по месту жительства Антон Александрович не обращался в течение последних нескольких лет в связи с трудностями при передвижении.

Он самостоятельно обратился в районный центр социального обслуживания для получения дополнительной помощи в повседневной жизни. Была назначена дата визита сотрудника социальной службы.

Сотрудник социальной службы долго ждал пока ему откроют дверь, неоднократно звонил в дверной звонок. Выяснилось, что у Антона Александровича плохой слух и он не слышал звонка. Антона Александрович пользуется очками, но Отмечает необходимость их замены. Ориентация в месте и во времени сохранена.

В квартире имеется горячая и холодная вода, поручней в санузле нет, на полу старые ковры, узкие дверные проемы, тусклое освещение из-за того, что перегорели лампы – самостоятельно их заменить не может.

После просьбы продемонстрировать передвижение по комнате было отмечено, что на вставание с кровати требуется много времени и не всегда получается это сделать с первой попытки, присутствует постоянный страх падений. При купании также требуется дополнительная поддержка и опора, помощь, чтобы залезть в ванную. Самостоятельно не всегда справляется с приготовлением пищи. При пользовании туалетом тяжело встать с унитаза, опять же требуется много времени. 1 раз в неделю соседка по лестничной площадке проводит уборку в квартире Антона Александровича.

После оценки его функционального статуса было определено, что Антон Александрович соответствует уровню 3, так как он набирает в сумме 4,5 балла (нуждается в постоянной

помощи при ходьбе; падения >1 раза в неделю – 2, нуждается в умеренной помощи при купании – 1, нуждается в помощи при приготовлении пищи, но ест самостоятельно - 0,5, пользуется туалетом, но нуждается в помощи в одном из следующих действий (дойти, оправиться, гигиена) – 1). Поскольку он живет один объем необходимой помощи составляет 16 часов в неделю.

Плановая повторная оценка определения объема ухода назначена через 1 год. Сотрудник социальной службы передал информацию о состоянии Антона Александровича в поликлинику по месту жительства, назначен визит гериатра.

Антон Александрович (уровень 3)

	Общая потребность	Ресурсы	Цели	Мероприятия	Дата контроля
Мобильность	16 часов в неделю.	Сотрудник социальной службы	Активизация и социализация, профилактика падений, соблюдение полноценного режима питания, гигиены, профилактика недостаточности питания	Помощь при передвижении вне помещения, может требоваться помощь при вставании с постели или при пересаживании с кровати на стул, кресло	
Одевание		Сотрудник социальной службы		Умеренная помощь при одевании, обувании	
Личная гигиена		Сотрудник социальной службы		Помощь при купании, мытье головы, отдельных частей тела, уход за ногтями рук и ног, волосами, бритье	
Приготовление пищи		Сотрудник социальной службы		Доставка продуктов, приготовление горячей пищи, организация приема пищи, сервировка стола, контроль	
Пользование туалетом		Сотрудник социальной службы		Помощь при пользовании туалетом - сопровождение, поддержка	
Помощь в быту				Поддержание необходимого уровня чистоты в доме. Стирка вещей. Помощь в ведении домашних дел	

--	--	--	--	--	--

Пример №3

Валентина Петровна К. 78 лет, вдова, живет в одноэтажном частном доме. У неё есть сын, который навещает её по праздникам. Имеет высшее образование, до 70-летнего возраста работала преподавателем в университете. Несколько раз в неделю к Валентине Петровне приходит сиделка, на визиты которой ее уговорил сын.

В течение 8 лет страдает болезнью Паркинсона. Из-за дрожи в руках Валентина Петровна не может самостоятельно справиться с приёмом пищи, полноценно умыться и одеться. За последние 3 месяца она похудела на 10 кг так как плохо питается из-за частых поперхиваний, а жидкую пищу разливает из-за тремора. В течение последних нескольких месяцев Валентины Петровны также развились проблемы с передвижением, требуется больше времени и усилий для того чтобы встать с кровати или со стула, не справляется с приемом ванны потому что тяжело в нее залезть, появился страх падений из-за того, что две недели назад в попытке самостоятельно помыться Валентина Петровна упала. Кроме этого, начались проблемы с мочеиспусканием – эпизоды недержания мочи в ночное время, в связи с чем появилась необходимость в использовании абсорбирующего белья.

Неделю назад Валентина Петровна выписалась из стационара, куда было госпитализирована в связи с ухудшением течения болезни Паркинсона, где при выписке лечащим врачом были переданы сведения в центр социального обслуживания и назначен визит сотрудника социальной службы для определения потребности и объема социально-бытовых услуг, а также рекомендована консультация врача-гериатра по месту жительства.

Во время визита сотрудник социальной службы отметил, что из-за проблем с передвижением и дрожью в руках Валентине Петровне требуется много времени, чтобы дойти и справиться с замками на двери. В доме имеются поручни, которые установил сын, нет порогов и ковров, достаточное освещение, горячая и холодная вода, отопление.

При оценке мобильности обращает на себя внимание неуверенная и медленная походка, держится за поручни, неустойчива без опоры, тяжело сесть и встать с кровати/стула, жалуется, что тяжело переворачиваться в постели. Сиделка полностью одевает и купает Валентину Петровну, помогает с приемом пищи, дойти до туалета и провести гигиенические мероприятия после посещения туалета. По результатам оценки, проведенной сотрудником социальной службы, выявлено, что Валентина Петровна относится к уровню 4 (сумма баллов – 7,5: постоянная помощь при передвижении и вставании из положения сидя в положение стоя – 1,5,

максимальная помощь при одевании – 1, максимальная помощь при купании - 1,5, максимальная помощь в еде и принятии лекарств - 1,5; пользуется туалетом, но нуждается в значительной помощи в двух из следующих действий (дойти, оправиться, гигиена) – 2), ориентируется во времени и пространстве. Объем необходимой помощи – 24 часа в неделю.

Плановая повторная оценка определения объема ухода назначена через 1 год.

Валентина Петровна (уровень 4)

	Общая потребность	Ресурсы	Цели	Мероприятия	Дата контроля
Мобильность	24 часа в неделю.	Сиделка и сотрудник социальной службы	Активизация и социализация, профилактика падений, соблюдение полноценного режима питания, гигиены, профилактика недостаточности питания, кахексии	Помощь при передвижении внутри помещения, при подъеме с кровати/со стула.	
Одевание		Сиделка		Одевание и раздевание, смена белья;	
Личная гигиена		Сиделка и сотрудник социальной службы		Уход за кожей, складками, ногтями, волосами; уход за полостью рта. Купание	
Приготовление пищи		Сиделка и сотрудник социальной службы		Приготовление горячей пищи, доставка продуктов, кормление 2-3 раза в течение дня, поить регулярно, специальное приготовление пищи (блендирование, измельчение)	
Пользование туалетом		Сиделка и сотрудник социальной службы		Помощь при пользовании туалетом, поддержка, пользование туалетной бумагой, снятие и одевание одежды, одевание памперса на ночь и уход за кожей интимных зон	
Помощь в быту		Сотрудник социальной службы		Поддержание необходимого уровня чистоты в доме. Стирка вещей. Помощь в ведении домашних дел	

Пример № 4

Валерий Николаевич В., 78 лет, вдовец, живёт в коммунальной квартире на девятом этаже (в доме имеется лифт) вместе с дочерью Марией 42 лет и внуком Ваней 11 лет. За Марией ухаживает мужчина, к которому она решила переехать вместе с сыном. По этой причине Мария обратилась в районный центр социального обслуживания для получения дополнительной помощи по уходу для своего отца. Было запланировано посещение сотрудника социальной службы для проведения оценки потребности и объема социально-бытовых услуг.

У Валерия Николаевича высшее образование, долгое время работал следователем. На протяжении последних пяти лет отмечаются значительные проблемы с памятью. Был консультирован психиатром - диагностирована болезнь Альцгеймера. Со слов Марии, были даны рекомендации о посещении врача-гериатра, однако к гериатру не обращались. Валерий Николаевич забывает, где находится, периодически не узнаёт дочь и внука.

При визите сотруднику социальной службы довольно быстро открыл дверь внук Ваня. Валерий Николаевич не понимал, что происходит и вел себя настороженно. В ходе расспроса выяснилось, что он не ориентируется во времени, но знал, что находится у себя дома. При осмотре обращало на себя внимание то, что выглядел он не очень опрятно, на ноги были надеты разные носки, ногти неухоженные, неприятный запах изо рта. Зрение скорректировано очками, слух сохранен.

Валерию Николаевичу необходима умеренная помощь при передвижении, он самостоятельно одевается, справляется с приемом пищи, пользование туалетом не вызывает проблем, но часто забывает о правилах личной гигиены и нуждается в умеренной помощи при бритье. Его дочь работает по будням и каждый вечер она готовит еду на весь следующий день, Валерию Николаевичу необходима посторонняя помощь, чтобы разогреть еду.

В квартире давно не проводилась уборка, на полу лежали старые ковры с закрученными краями, имеется душевая кабина.

Согласно шкале по определению объема ухода, у Валерия Николаевича уровень 3 (сумма баллов – 7: нуждается в умеренной помощи при передвижении – 1,5, нуждается в умеренной помощи при купании - 1, нуждается в помощи при подогреве/подаче пищи к столу - 0,5, пользуется туалетом, но нуждается в помощи чтобы дойти – 1, нарушены когнитивные функции – 3 балла).

Объем необходимой помощи с учетом когнитивных нарушений – 16 часов в неделю.

Плановая повторная оценка определения объема ухода назначена через 1,5 года.

В связи с когнитивными расстройствами необходимо направить к врачу-гериатру и доложить патронажной медицинской сестре.

Валерий Николаевич (уровень 3)

	Общая потребность	Ресурсы	Цели	Мероприятия	Дата контроля
Мобильность	16 часов в неделю.	Сотрудник социальной службы	Активизация и социализация, профилактика падений, соблюдение полноценного режима питания, профилактика недостаточности питания, постоянное наблюдение в целях безопасности в связи с выраженными когнитивными нарушениями.	Помощь при передвижении по дому	
Одевание		Самостоятельно		Не требуются	
Личная гигиена		Сотрудник социальной службы		Поддержка, помыть отдельные части тела	
Приготовление пищи		Дочь/ Сотрудник социальной службы		Разогреть пищу в отсутствии дочери	
Пользование туалетом		Сотрудник социальной службы		Поддержка при вставании с унитаза, произвести гигиенические мероприятия	
Помощь в быту		Дочь/ Сотрудник социальной службы		Поддержание необходимого уровня чистоты в доме. Стирка вещей. Помощь в ведении домашних дел	

Дочь съезжает. Валерию Николаевичу необходим присмотр.

ЛИТЕРАТУРА

1. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography
2. Вишневский, А.Г. Смертность от болезней системы кровообращения и продолжительность жизни в России [текст] / Вишневский, А.Г., Андреев Е.М., Тимонин С.А. // Демографическое обозрение. – 2016. – Т. 3. – № 1. – С. 6–34.
3. Уход за ослабленными пожилыми людьми. Российские рекомендации. – М: Человек, Москва, 2018. – 224 с.
4. Ahasic AM, Van Ness PH, Murphy TE, Araujo KL, Pisani MA. Functional status after critical illness: agreement between patient and proxy assessments. *Age Ageing*. 2015;44(3):506–10.
5. Boulton C, Pualwan TF, Fox PD, Pacala JT. Identification and assessment of high-risk seniors. HMO Workgroup on Care Management. *The American journal of managed care*. 1998;4(8):1137–46.
6. de Bruin SR, Stoop A, Billings J, Leichsenring K, Ruppe G, Tram N, Barbaglia MG, Ambugno EA, Zonneveld N, Paat-Ahi G, Hoffmann H, Khan U, Stein V, Wistow G, Lette M, Jansen APD, Nijpels G, Baan CA; SUSTAIN consortium. The SUSTAIN Project: A European Study on Improving Integrated Care for Older People Living at Home. *Int J Integr Care*. 2018 Jan 16;18(1):6
7. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146–56.
8. Hao X, Gu J, Ying X, Bo T, Fu W. Social support and care needs of the disabled elderly population: An empirical study based on survey data from Beijing, China. *Biosci Trends*. 2017;11(5):507-515.
9. Hope AA, Hsieh SJ, Petti A, Hurtado-Sbordoni M, Verghese J, Gong MN. Assessing the usefulness and validity of frailty markers in critically ill adults. *Ann Am Thorac Soc*. 2017;14(6):952–9.
10. Le Maguet P, Roquilly A, Lasocki S, Asehnoune K, Carise E, Saint Martin M, Mimoz O, Le Gac G, Somme D, Cattenoz C, et al. Prevalence and impact of frailty on mortality in elderly ICU patients: a prospective, multicenter, observational study. *Intensive Care Med*. 2014;40(5):674–82.
11. Lim WS, Wong SF, Leong I, Choo P, Pang WS. Forging a Frailty-Ready Healthcare System to Meet Population Ageing. *Int J Environ Res Public Health*. 2017 Nov 24;14(12).
12. Morris JN P B-T, Fries BE, Hawes C, Murphy K, Mor V, Nonemaker S, Phillips CD. *InterRAI Long-Term Care Facilities (LTCF) Assessment Form and User’s Manual (Version 9.1)*. Washington, DC: interRAI Publications; 2010. 118 p
13. Onder G, Carpenter I, Finne-Soveri H, Gindin J, Frijters D, Henrard JC, et al. Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:5. pmid:22230771
14. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski A. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005;173(5):489–95.
15. Reckrey JM, Gettenberg G, Ross H, Kopke V, Soriano T, Ornstein K. The critical role of social workers in home-based primary care. *Soc Work Health Care*. 2014;53(4):330-43.

1. ТЕРМИНОЛОГИЯ

Система долговременного ухода - это комплексная система, направленная на обеспечение каждого человека, имеющего дефицит самообслуживания и не полностью справляющегося с самостоятельным уходом, системой поддержки самого высокого качества жизни с сохранением независимости, автономии, участия в деятельности, самореализации и человеческого достоинства.

Автономность – независимость от посторонней помощи и способность самостоятельно принимать решения.

Гериатрический синдром - многофакторное возраст-ассоциированное клиническое состояние, ухудшающее качество жизни, повышающее риск неблагоприятных исходов (смерти, зависимости от посторонней помощи) и функциональных нарушений. В отличие от традиционного клинического синдрома, гериатрический синдром не является проявлением одного конкретного заболевания, а отражает комплекс изменений в нескольких системах организма. Возникновение одного гериатрического синдрома повышает риск развития других гериатрических синдромов.

Старческая астения - гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости с высоким риском развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти. Синдром старческой астении тесно связан с другими гериатрическими синдромами и с полиморбидностью, может быть потенциально обратим и влияет на тактику ведения пациента.

Комплексная гериатрическая оценка – многомерный междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку физического и психо-эмоционального статуса, функциональных возможностей и выявление социальных проблем пожилого человека, с целью разработки плана лечения и наблюдения, направленного на восстановление или поддержание уровня его функциональной активности.

Полипрагмазия – одномоментное назначение пациенту 5-ти и более наименований лекарственных препаратов или свыше 10 -ти наименований при курсовом лечении.

Функциональная активность - способность человека самостоятельно выполнять действия по самообслуживанию. Выделяют базовую и инструментальную функциональную активность.

Базовая функциональная активность - способность человека самостоятельно выполнять элементарные действия по самообслуживанию (персональная гигиена, прием пищи, одевание, прием ванны, посещение туалета, перемещение на небольшие расстояния, подъем по лестнице, контролирование мочеиспускания и дефекации).

Инструментальная функциональная активность - способность человека самостоятельно выполнять действия по самообслуживанию, более сложные, чем относящиеся к категории базовой функциональной активности (пользование телефоном, покупки, приготовление пищи, работа по дому, пользование транспортом, стирка, уборка, прием лекарственных препаратов, контроль финансов).

Физическая активность - любое движение тела, производимое скелетными мышцами, которое требует расхода энергии.

Пожилой возраст – с 60 до 75 лет.

Старческий возраст - с 75 до 90 лет. В данных методических рекомендациях для удобства изложения и восприятия включает возраст долгожителей - 90 лет и старше.