

Автономная некоммерческая организация
«Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология»
www.gerontolog.info

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель директора
д.м.н., профессор
А.Н. Ильницкий



**Организация долговременного ухода
за гражданами пожилого возраста и инвалидами в
городе Москве**

Москва - 2018

Оглавление

1. Аналитическая записка. Долгосрочный уход за людьми пожилого и старческого возраста.

1.1 Определение понятия, роль социальной службы в долговременном уходе

1.2.Связь между неотложной и долгосрочной помощью

1.3 Основные цели и задачи долговременного ухода

1.4. Основные проблемы осуществления долговременного ухода в РФ

1.5 Реализация долговременного ухода (мировой опыт)

2. Организация долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами.

2.1 Современное состояние системы социального обслуживания клиентов, находящихся на надомном обслуживании

2.2 Гериатрические синдромы, определяющие функциональный статус пожилого человека.

2.3 Специализированный гериатрический осмотр. Определение функционального статуса пожилого человека.

3.Алгоритм оказания долговременной помощи в системе социальной защиты населения.

3.1 Пошаговый алгоритм интервенций в целостном технологическом процессе клинической социальной работы

3.2 Первый этап - признание гражданина, получающего социальное обслуживание, нуждающимся в долговременном уходе.

3.2.1 Маршрутизация клиентов в системе долговременного ухода

3.3 Второй этап - консультирование клиентов и составления индивидуального плана ведения пациента.

3.4 Третий этап - модификация индивидуальной программы предоставления социальных услуг (ИППСУ) с учетом специфики клиента, который нуждается в долговременном уходе.

3.4.1 Создание терапевтической среды

3.4.2 Индивидуальный план ведения пациента (ИПВП) и Индивидуальная программа предоставления социальных услуг (ИППСУ), направленные на коррекцию основных гериатрических синдромов, приводящих к функциональной недостаточности.

3.4.2.1 Методы коррекции гериатрических синдромов в реализации долговременного ухода.

3.4.2.2 Другие методы медико-социальной реабилитации клиентов в системе долговременного ухода.

4. Модель социальной работы в системе долговременного ухода.

4.1 Объекты профессиональной деятельности социальной работы в системе долговременного ухода.

4.2 Общая модель социальной работы в системе долговременного ухода.

4.2.1 Основные блоки функционирования модели системы долговременного ухода

4.3. Технология функционирования модели долговременного ухода

4.3.1 Определение необходимости в долговременном уходе у получателя социальных услуг

4.3.2 Модификация Индивидуальной программы предоставления социальных услуг в системе долговременного ухода.

4.3.3. Специфика оценки социальной работы в системе долговременного ухода

4.3.4 Специфика интервенций в социальной работе при осуществлении долговременного ухода

5. Модельные нормативные правовые акты клинической социальной работы.

6. Практические рекомендации по социальной работе в системе долговременного ухода

6.1 Поставщик услуг

6.2 Получатели услуг

6.3 Цели и задачи

6.4 Результат

6.5 Периодичность

6.6 Единица измерения объема оказания услуги

6.7 Правовые основания

6.8. Содержание услуги. Краткое описание.

6.8.1 Основные этапы социальной работы

6.9. Порядок предоставления услуг

6.10. Требования к процессу оказания услуги

6.11. Методическое руководство по оказанию услуги

6.11.1. Реализация социальной работы в системе долговременного ухода

6.11.2 Общий алгоритм работы с потребителями услуг

7. Литература

1. АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЗАПИСКА ДОЛГОСРОЧНЫЙ УХОД ЗА ЛЮДЬМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

1.1 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ, РОЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ В ДОЛГОВРЕМЕННОМ УХОДЕ

Долгосрочный уход за людьми пожилого и старческого возраста становится все более актуальной проблемой. Число пожилых растет с каждым днем, а люди, достигшие возраста 65 лет, живут дольше. Споры о долгосрочном уходе со стороны политиков и представителей общественности в течение последних трех десятилетий продолжают расти. Все больше специалистов в области управления здравоохранением сталкиваются с дилеммой о том, как отвечать потребностям людей пожилого и старческого возраста, нуждающихся в длительном уходе. Среди нерешенных вопросов остаются стоимость долгосрочного ухода и необходимость планирования; бремя долгосрочного ухода за отдельными лицами, семьями и обществом и качество медицинской помощи. Однако главными, на сегодняшний день, являются следующие три вопроса:

- 1) Кому и как следует платить за долгосрочный уход?
- 2) Каким образом должны разрабатываться услуги для пожилых людей инвалидностью и их семей, и кто должен их предоставлять?
- 3) Как нужно набирать, обучать и поддерживать трудовую силу, предоставляющую эту помощь?

Как правильно определить понятие «Долгосрочный уход»? Границы между первичным, неотложным и долгосрочным уходом являются весьма условными. В случае неотложной помощи лечение проводят врачи и медсестры, а страховые компании контролируют качество оказания. Долгосрочный уход концентрируется на том, чтобы помочь людям функционировать как можно лучше; это требует интенсивного участия не только медицинского персонала, но и членов семьи. Семьи часто являются равными с государством участниками в представлении долгосрочного ухода за престарелым, который является инвалидом.

Долгосрочный уход включает широкий спектр помощи в повседневной активности, в которой пациенты пожилого и старческого возраста нуждаются в течение длительного периода времени. Эта, прежде всего, «низкотехнологичная» помощь призвана минимизировать, реабилитировать или компенсировать потерю самостоятельного физического или психического функционирования. Помощь включает в себя основные виды повседневной активности (ADL), такие как купание, одевание, питание или другие личные потребности. Также помощь может быть оказана с применением различных средств, в том числе инструментальных, (IADL - instrumental activities of daily living), включая домашние дела, такие как приготовление еды, уборка, мытье посуды. Последняя включает в себя практическую или надзорную помощь человека или вспомогательных устройств, такие как трости и ходунки-опоры, ходунки-роллаторы, а также применение различных современных технологий- компьютеризированные напоминания о необходимости принятия лекарств, системы экстренной помощи, которые предупреждают членов семьи и других лиц, об отсутствии отклика от самого пациента. Они также включают такие модификации, как установка специальных скатов (трапов), пандусов, захватов и дверных ручек, которые просты в использовании.

1.2 СВЯЗЬ МЕЖДУ НЕОТЛОЖНОЙ И ДОЛГОСРОЧНОЙ ПОМОЩЬЮ

Долгосрочные потребности ухода возникают из-за хронических заболеваний, которые возникают при рождении или в процессе старения организма и приобретения комплекса заболеваний, таких как артрит, диабет, деменция, церебральный паралич и длительные психические заболевания, или которые являются результатом несчастных случаев, которые вызывают такие состояния, как травматическое повреждение головного мозга и др, а также связанные с этим нарушения функционального статуса человека. То есть, долгосрочный уход - это не просто продолжение неотложной помощи, поскольку он продолжается до конца жизни и, в основном, включает «низкотехноло-

гичные» вспомогательные услуги, он становится неотъемлемой частью жизни человека с инвалидностью.

Люди, нуждающиеся в долгосрочном уходе, также нуждаются в первичной медико-санитарной помощи и неотложной помощи, когда они болеют, но эти временные эпизодические услуги направлены на лечение болезни или восстановление пациента до его обычного состояния. Feder и Lambrew (1996) обнаружили, что в США, среди пяти миллионов пациентов, имеющих потребности в долгосрочном уходе, измеряемые ограничениями в трех или более по шкале ADL, средние расходы в году составили 8 960\$ по сравнению с 2 835 \$ для пациентов без ухода. При этом, 51% расходов приходилось на стационарное лечение, 28% - на визиты врачей и амбулаторного приема и 21% - на оказание квалифицированной медицинской помощи. Преобладающей стратегией долгосрочного ухода является интеграция ухода в повседневную жизнь пациентов пожилого и старческого возраста с функциональными ограничениями, с целью улучшения качества жизни клиента.

Одной из причин «условных» границ между долгосрочным лечением и различными этапами оказания медицинской помощи - неотложной, госпитальной и реабилитационной - является смешение обязанностей и временем их оказания. Все чаще высокотехнологичная реабилитация, ранее предоставлявшаяся в больницах, предоставляется в негоспитальных условиях, традиционно используемых для долгосрочного ухода, таких как квалифицированные медицинские учреждения и частные дома. Трудно сказать, где прекращается медико-ориентированный уход и начинается долгосрочный уход. Должны ли медицинские вмешательства, такие как внутривенная медикаментозная терапия, длительная искусственная вентиляция легких и уход за раной, которые предоставляются в лечебном учреждении, в интернатном учреждении или на дому, рассматриваться как неотложная помощь, госпитальный или долгосрочный уход? Следует ли назначение лекарств для пациентов с хроническими нарушениями, включая введение инъекций и мониторинг не-

благоприятных взаимодействий с лекарственными средствами рассматривать как долгосрочный уход или постоянное медицинское обслуживание?

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), долговременный уход — это "система мероприятий, которые осуществляются неформальными помощниками (членами семьи, друзьями и/или соседями), ухаживающими за больными, и/или работниками здравоохранения и социальных служб, и направлены на то, чтобы обеспечить человеку с ограниченными возможностями в отношении ухода за собой как можно более высокое качество жизни в соответствии с его/ее предпочтениями, сохраняя при этом в возможно большей степени его/ее самостоятельность, независимость, способность участвовать в происходящем, самореализацию и человеческое достоинство".

1.2 ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА

Цель создаваемой системы долговременного ухода (далее СДУ) состоит в обеспечении каждого человека, не полностью справляющегося с самостоятельным уходом, системой необходимой поддержки.

Целевые группы системы долговременного ухода включают в себя несколько категорий:

- гериатрические пациенты;
- паллиативные пациенты;
- граждане РФ с инвалидностью;
- граждане РФ с психическими расстройствами, включая больных деменцией;
- маломобильные пациенты (необратимо и обратимо как результат успешной реабилитации);
- граждане РФ, оказывающие надомную помощь нуждающимся.

В общем виде определение долговременного ухода не имеет возрастных ограничений и относится ко всем людям, имеющим те или иные функциональные нарушения, ограничивающие возможности самостоятельного ухода.

В случаях, когда речь идет о долговременном уходе за пожилыми, принято разделять "здоровое старение", под которым понимается предотвращение и отслеживание хронических заболеваний, сосредоточенное на возрастной группе людей старше 50 лет, и долговременный уход, который имеет дело со специфическими потребностями людей с функциональными ограничениями, типичными для конца жизни.

Система помощи пожилым людям должна максимально способствовать здоровому старению. Пожилые люди должны иметь возможность вести полноценную жизнь, участвовать в экономической, социальной, культурной и политической жизни общества.

Долговременный уход является комплексным и становится мостом между медицинской и социальной сферой, равно как и между формальным и неформальным (семейным) уходом, и тем самым представляет ключевой ресурс для пожилых людей в том, что касается "здорового старения".

Система долговременного ухода должна обеспечивать нуждающимся людям достойные условия жизни и гарантировать при наличии соответствующих показаний доступность всех форм медицинской и социальной помощи, в том числе на дому, полустационарной и стационарной, с осуществлением при этом постоянного контроля ее объема и качества, а также обеспечивать непрерывность помощи пожилым, преемственность и взаимосвязь всех ее составляющих, включая медицинскую и социальную помощь (диагностика, лечение, реабилитация, медико-психологическая поддержка, уход, социальная активность).

Важным принципом выстраивания системы долговременного ухода является сохранение пребывания гражданина в привычной благоприятной среде, в связи с этим приоритетной формой обслуживания является предоставление ухода на дому, в том числе с применением стационарозамещающих технологий и различных форм сопровождения граждан, имеющих ограничения жизнедеятельности.

Система долговременного ухода состоит из семи основных элементов:

- выявление реальной потребности в уходе и создание реестра нуждающихся в помощи (типизации);
- маршрутизация нуждающихся, стандартизация ухода;
- организация взаимодействия вовлеченных ведомств;
- квалифицированные кадры;
- инфраструктура (учреждения и пр.);
- надомный уход и поддержка семей;
- информирование.

1.4 ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА В РФ

В настоящий момент целостной системы долговременного ухода в Российской Федерации не существует — требуемые для нуждающихся уход и медицинское обслуживание осуществляются органами здравоохранения и социального обеспечения независимо друг от друга. Существующая на данный момент практика осуществления долговременного ухода характеризуется следующими проблемами:

- отсутствие системы прогнозирования потребностей в уходе — текущие оценки потребности не отражают реальную ситуацию;
- отсутствие единых принципов оценки состояния людей, нуждающихся в уходе, отнесения их в ту или иную группу и правил их дальнейшей маршрутизации, т. е. определения форматов и мест оказания ухода;
- отсутствие единых стандартов осуществления ухода;
- межведомственная разобщенность;
- отсутствие простого доступа к информации о пациентах для специалистов в различных сферах;
- недостаточность стандартных протоколов взаимодействия и коммуникации;
- отсутствие единых стандартов контроля процесса и результатов ухода;

- несбалансированность количества разных типов учреждений, обеспечивающих уход;
- острый дефицит кадров для обеспечения ухода;
- отсутствие единой системы обучения и переподготовки специалистов в области долговременного ухода;
- отсутствие системы поддержки родственников, осуществляющих уход;
- недостаточная информированность семей, задействованных в уходе, о возможности получения помощи.

Для эффективного функционирования СДУ необходимо создать механизмы регулярного мониторинга потребности в долговременном уходе, нацеленные на максимально объективное выявление количественных показателей этой потребности. Данные механизмы должны быть ориентированы на решение следующих ключевых задач:

- среднесрочное и долгосрочное прогнозирование потребности в долговременном уходе на основе статистических данных для определения структурных изменений в СДУ, необходимость в которых возникнет в будущем;
- выявление текущей потребности в долговременном уходе у конкретных людей, нуждающихся в уходе, но не всегда имеющих возможность заявить о своей нуждаемости.

Функционирующей системы прогнозирования потребностей в долговременном уходе в настоящий момент не существует, а текущие оценки потребности в долговременном уходе не отражают реальную ситуацию. Основными причинами этого являются:

- заявительный характер помощи, из-за чего в социальные учреждения реально обращается только часть людей, нуждающихся в помощи;
- отсутствие достаточной и качественной информации об оказываемой социальной помощи;
- стремление региональных властей выполнить распоряжения, данные Президентом Правительству, ликвидировать до 2018 года очереди в дома престарелых;

- общие социальные тренды, среди которых изменение психологии людей, предъявляющих более высокие требования к инфраструктуре социальных и медицинских учреждений и в целом системе помощи;

- увеличение количества людей, желающих получать современную квалифицированную помощь, оставаясь у себя дома.

В результате значительное количество граждан, реально нуждающихся в долговременном уходе, остаются вне зоны действия системы, а сама система социальной защиты оказывается не готова к новым вызовам, обусловленным изменяющимися демографической и социальной ситуациями.

1.5 РЕАЛИЗАЦИЯ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА (МИРОВОЙ ОПЫТ)

Существующий мировой опыт функционирования СДУ предлагает уже многократно апробированный инструментарий решения поставленных задач:

- методика Всемирной организации здравоохранения широко применяется в разных странах для оценки общей потребности в долговременном уходе;

- системы оценки нуждаемости в уходе представлены функциональными показателями ADL (Activities of Daily Living, "повседневные действия") и IADL ("инструментальные повседневные действия"), которые представляют собой грамотные подходы к оценке функционального уровня и вариативности в функциональной нагрузке (variations in functional capacity). Есть тесты, которые измеряют когнитивные функции (MMSE), способность к самообслуживанию (тест Бартел) и даже риск возникновения пролежней (индекс Нортон).

Для Модели СДУ целесообразно определить:

- методики оценки нуждаемости граждан в долговременном уходе;
- перечень регулярно обновляемых статистических данных;
- многоканальную систему мониторинга нуждаемости (социальные службы, органы здравоохранения, региональные органы ПФР, совет ВОВ,

почта РФ, МВД, родственники и др.) с учетом демографической и географической специфики региона;

- механизмы межведомственного взаимодействия;
- состав необходимых для нормального функционирования системы мониторинга нормативных документов.

Для целевой Модели СДУ предполагается разработка методической базы, состоящей из следующих блоков:

- координация: базы данных, информационные системы, позволяющие осуществлять сбор и анализ данных о потенциальных и существующих пациентах СДУ, их социальном статусе, потребности в уходе, текущем состоянии и динамике его изменения. Данные информационные решения должны стать инструментом обеспечения эффективного взаимодействия ведомств, вовлеченных в функционирование СДУ;

- типизация: шкалы, методики оценки степени нуждаемости существующего или потенциального пациента СДУ в уходе. Это позволит на основе единых принципов оперативно оценить состояние пациента, чтобы в дальнейшем выбрать соответствующие методы ухода. Решение этой задачи возможно на основе активно используемых в мировой практике инструментов — функциональных показателей ADL и IADL, тестов Бартел, методов измерения когнитивных функций MMSE и др. Другой составной частью типизации является оценка социального статуса и финансового состояния пациента для определения потенциальной возможности осуществления долговременного ухода в домашних условиях, без помещения в стационар;

- маршрутизация: определение методов ухода и мест его оказания на основе выявленных по результатам типизации потребностей (например, помещение в стационарное учреждение, организация социального обслуживания на дому, в т. ч. с привлечением службы сиделок, помещение в социальную семью, помещение на паллиативную койку в медицинскую организацию, организация поддержки неформального семейного (родственного) ухода и т. д.);

- уход: протоколы и стандарты длительного ухода для всех видов ухода, которые могут быть выбраны по результатам типизации потребностей. Данная стандартизация позволит не только обеспечить единый уровень обслуживания вне зависимости от социального статуса пациента и географии его положения, но и создаст реальную базу для оценки потребности в персонале, вовлеченном в СДУ, и необходимом медицинском и реабилитационном оборудовании;

- информирование: методы информирования населения о возможностях СДУ и способах доступа к ней, а также обучение полезным навыкам, способным облегчить уход, пациентов СДУ и людей их окружающих (членов семей, соседей и т. д.).

Важной проблемой, требующей решения, является отсутствие единой и эффективной системы контроля качества осуществления длительного ухода. На текущий момент нет действенного способа оценить качество предоставляемых услуг. Система социальной защиты в России недостаточно прозрачна, нет возможности контролировать качество услуг, как это делается в мировой практике.

В рамках проработки данного вопроса необходимо разработать и апробировать порядок проведения независимого контроля и независимой оценки качества ухода и внедрить регулярную систему контроля во всех учреждениях, как социальных, так и медицинских. Также необходимо учесть специфику организации длительного ухода на дому.

Следует отдельно отметить, что объектами контроля должны стать:

- процесс длительного ухода;
- результаты длительного ухода;
- целевое расходование средств, выделяемых на финансирование ухода.

Для контроля качества в других странах систему длительного ухода делают максимально открытой за счет:

- посещения родственниками;
- визитов волонтерских организаций;

- свободных посещений прессой и правозащитными организациями;
- сочетания опросов и наблюдений.

В рамках разработки мер контроля работы СДУ требуется разработать:

- принципы взаимодействия на местном, региональном и федеральном уровнях;

- условия привлечения к контролю неправительственных общественных организаций;

- стандарты качества ДУ;
- стандарты контроля процесса ДУ;
- систему динамических показателей качества;
- меры контроля целевого расходования средств.

В рамках пилотного проекта планируется:

- провести анализ текущей системы государственного контроля учреждений, вовлеченных в СДУ. По результатам разработать предложения по гармонизации мер и механизмов указанного контроля;

- разработать и апробировать порядок осуществления независимой оценки качества долговременного ухода;

- организовать осуществление общественного контроля местными отделениями общественных организаций;

- скорректировать меры контроля и способы его осуществления по результатам пилотных проектов.

Крайне важно отметить, что внедрение новых систем контроля не должно привести к увеличению числа проверок учреждений, вовлеченных в функционирование СДУ.

Учитывая, что важным принципом выстраивания системы долговременного ухода является сохранение пребывания гражданина в привычной благоприятной среде и приоритетной формой обслуживания гражданина является предоставление ухода на дому, возрастает роль социальных служб в осуществлении долговременного ухода.

2. ОРГАНИЗАЦИЯ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА ЗА ГРАЖДАНАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДАМИ

2.1 СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ КЛИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА НАДОМНОМ ОБСЛУЖИВАНИИ

Социальное обслуживание на дому включает в себя специализированное обслуживание. Не секрет, что заболевания, сопутствующие преклонному возрасту, часто приводят к потере пожилыми людьми способности к самообслуживанию и тогда в помощь социальному работнику, предоставляющему социально-бытовые услуги, приходят специалисты медико-социальной помощи, которые оказывают доврачебную медицинскую помощь и услуги гигиенического характера.

Отход от традиционных стационарных форм и развитие надомного обслуживания пожилых людей является свидетельством меняющихся приоритетов в этой сфере. Целью надомного обслуживания является создание условий, при которых любой человек имел бы возможность дольше оставаться в привычном социальном окружении. Данная форма социального обслуживания, на сегодняшний момент, очень востребована гражданами пожилого возраста и инвалидами.

В разных регионах страны форма надомного обслуживания развита неодинаково, что обусловлено многими причинами социально-экономического, природно-климатического, национально-этнического и иного характера.

Социальное обслуживание на дому является одной из основных форм социального обслуживания, направленной на максимально возможное продление пребывания граждан пожилого возраста и инвалидов в привычной социальной среде в целях поддержания их социального статуса, а также на защиту их прав и законных интересов.

К числу надомных социальных услуг, предусматриваемых перечнем гарантированных государством социальных услуг, относятся:

- 1) организация питания, включая доставку продуктов на дом;

2) помощь в приобретении лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий, продовольственных и промышленных товаров первой необходимости;

3) содействие в получении медицинской помощи, в том числе сопровождение в медицинские организации;

4) поддержание условий проживания в соответствии с гигиеническими требованиями;

5) содействие в организации юридической помощи и иных правовых услуг;

6) содействие в организации ритуальных услуг;

7) другие надомные социальные услуги.

При обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов, проживающих в жилых помещениях без центрального отопления и (или) водоснабжения, в число надомных социальных услуг, предусматриваемых перечнем гарантированных государством социальных услуг, включается содействие в обеспечении топливом и (или) водой. Кроме надомных социальных услуг, предусмотренных перечнями гарантированных государством социальных услуг, гражданам пожилого возраста и инвалидам могут быть предоставлены дополнительные услуги на условиях полной или частичной оплаты.

Социальное обслуживание на дому предоставляется гражданам, признанным нуждающимися в социальном обслуживании. Обслуживание получателей социальных услуг осуществляется социальными работниками, состоящими в штате поставщика социальных услуг.

Отделение социального обслуживания граждан на дому создается одно для обслуживания 240 граждан, проживающих в городской местности, и одно для обслуживания 120 граждан, проживающих в сельской местности или городском секторе, не имеющем коммунально-бытового благоустройства.

Предоставление социальных услуг в форме социального обслуживания на дому осуществляется в рабочие дни (кроме выходных и праздничных дней) на основании дифференцированного подхода к количеству получате-

лей социальных услуг в зависимости от состояния их здоровья, которые подразделяются на три уровня.

1 уровень - 14 человек, проживающих в городской местности, 10 человек, проживающих в сельской местности (с учетом удаленности проживания получателя услуг от объектов инфраструктуры);

2 уровень - 7 человек, проживающих в городской местности, 5 человек, проживающих в сельской местности;

3 уровень - 3 человека, проживающих в городской местности, 3 человека, проживающих в сельской местности.

Дифференцированный подход установлен вследствие хронометража рабочего времени социального работника:

1 уровень:

- в городской местности 12 часов рабочего времени расходуется на дорогу, посещение объектов инфраструктуры, 28 часов - на оказание услуг на дому (из расчета 1 час на посещение);

- в сельской местности 20 часов рабочего времени расходуется на дорогу, посещение объектов инфраструктуры, 20 часов - на оказание услуг на дому (из расчета 1 час на посещение);

2 уровень:

- в городской местности 10,6 часа рабочего времени расходуется на дорогу, посещение объектов инфраструктуры, 29,4 часа - на оказание услуг на дому (из расчета 1,4 часа на посещение);

- в сельской местности 19 часов рабочего времени расходуется на дорогу, посещение объектов инфраструктуры, 21 час - на оказание услуг на дому (из расчета 1,4 часа на посещение);

3 уровень:

- в городской местности 10 часов рабочего времени расходуется на дорогу, посещение объектов инфраструктуры, 30 часов - на оказание услуг на дому (из расчета 2 часа на посещение);

- в сельской местности 10 часов рабочего времени расходуется на дорогу, посещение объектов инфраструктуры, 30 часов - на оказание услуг на дому (из расчета 2 часа на посещение).

Частота посещений получателей социальных услуг, обслуживаемых социальным работником на дому: 1 уровень - 2 раза в неделю; 2 уровень - 3 раза в неделю; 3 уровень - 5 раз в неделю.

Предоставление социальных услуг осуществляется на основании индивидуальной программы предоставления социальных услуг (индивидуальная программа) и договора о предоставлении социальных услуг (договора) согласно формам, утвержденным федеральным законодательством.

Договор заключается между получателем социальных услуг и поставщиками социальных услуг, определяет виды и объем предоставляемых услуг, сроки, в которые должны быть предоставлены услуги, а также порядок и размер их оплаты, права и обязанности сторон.

Основанием для рассмотрения вопроса о предоставлении социального обслуживания на дому является поданное в письменной или электронной форме заявление гражданина согласно форме, утвержденной законодательством, или его законного представителя либо заявление, направленное по почте на имя руководителя органа социальной защиты населения по месту жительства, либо обращение в рамках межведомственного взаимодействия.

Социальные услуги предоставляются бесплатно:

- 1) несовершеннолетним детям, признанным нуждающимися в социальном обслуживании;
- 2) лицам, пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций, вооруженных межнациональных (межэтнических) конфликтов;
- 3) участникам и инвалидам Великой Отечественной войны 1941 - 1945 годов;
- 4) участникам боевых действий и локальных военных конфликтов, которым установлена I группа инвалидности.

Социальные услуги в форме социального обслуживания на дому предоставляются бесплатно, если на дату обращения среднедушевой доход получателя социальных услуг, рассчитанный в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации, ниже предельной величины или равен предельной величине среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно, установленной законодательством.

Социальные услуги в форме социального обслуживания на дому предоставляются за плату, если на дату обращения среднедушевой доход получателей социальных услуг превышает предельную величину среднедушевого дохода, установленную законодательством.

Решение об уровне предоставления социальных услуг в форме социального обслуживания на дому принимается органом, уполномоченным на признание граждан нуждающимися в социальном обслуживании, на основании Карты оценки нуждаемости граждан о предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, составляемой органом, уполномоченным на признание граждан нуждающимися в социальном обслуживании, с учетом дифференцированного подхода к оценке состояния здоровья гражданина и составления Индивидуальной программы предоставления социальных услуг (ИППСУ).

Гражданам, находящимся в кризисной ситуации, может быть предложено социальное обслуживание в специализированном медико-социальном отделении (при наличии), социальном учреждении стационарного типа или могут быть предложены услуги сиделки (при наличии).

В системе долговременного ухода и изменяющихся условиях специфику организации долговременного ухода на дому.

Следует отдельно отметить, что объектами контроля должны стать:

- процесс долговременного ухода;
- результаты долговременного ухода;
- целевое расходование средств, выделяемых на финансирование ухода

2.2 ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА

Более половины больных, которые обращаются за помощью к врачу-терапевту поликлиники, составляют лица пожилого и старческого возраста. Такие пациенты требуют иного подхода к оценке состояния здоровья, наблюдению и лечению в связи с изменениями организма, развивающимися в процессе физиологического старения. Старение ассоциировано не только с увеличением количества заболеваний, полипрагмазией (одновременное, изредка необоснованное, назначение множества лекарственных средств), но и с развитием ряда гериатрических синдромов, отражающих морфофункциональную возрастную эволюцию в разных органах и системах стареющего организма.

Гериатрические синдромы – это многофакторные состояния, формирующиеся в ответ на снижение функционирования многих органов и систем.

Все гериатрические синдромы подразделяются на три основные группы:

1. *Соматические* (синдром мальнутриции, пролежни, недержание мочи и кала, падения и нарушения ходьбы, головокружение и атаксия, нарушения слуха и зрения, саркопения, болевой синдром).

2. *Социальные* (утрата самообслуживания, зависимость от помощи других, социальная изоляция, подверженность насилию, нарушение семейных связей).

3. *Психиатрические* (деменция, депрессия, делирий, нарушение поведения и адаптации).

Для гериатрических синдромов характерны некоторые клинические особенности:

-во-первых, каждый гериатрический синдром имеет множество факторов риска развития в результате возрастных изменений систем и органов;

-во-вторых, диагностические подходы, направленные на выявление причины, лежащей в основе определенного гериатрического синдрома, нередко неэффективны, обременительны, опасны и требуют существенных материальных затрат;

-и, наконец, необходимым и целесообразным является лечение клинических проявлений гериатрических синдромов, даже при отсутствии окончательного диагноза или причины, лежащей в основе его формирования.

Крайним проявлением возрастных изменений, которые приводят к инволютивным процессам в организме и поражению органов на фоне полиморбидности, является синдром старческой астении. Старческая астения в современной гериатрии представляет собой ведущее и наиболее значимое по своим последствиям состояние. Старческая астения рассматривается как результат аккумуляции естественных возрастных процессов, накопления разных заболеваний и является характеристикой состояния здоровья пациентов старшего возраста.

Старческая астения определяется как биологический синдром, характеризующийся ассоциированным с возрастом снижением физиологического резерва и функций большинства органов, что приводит к снижению способности отвечать на внешние и внутренние стрессорные воздействия, а также к неблагоприятным функциональным и медицинским последствиям. По разным данным, частота старческой астении в популяции составляет приблизительно 5%, среди лиц в возрасте 65–75 лет – 25%, среди лиц в возрасте 85 лет и старше – 34%.

Поскольку на сегодняшний день не существует “золотого стандарта” определения старческой астении, наибольшее распространение и международное признание получил “фенотип старческой астении”, описанный L. Friedetal.(2001). Согласно этому описанию, старческая астения является комплексным состоянием и определяется сочетанием пяти показателей: 1) потеря массы тела (саркопения); 2) снижение силы мышц кисти (подтвержденное с помощью динамометра); 3) выраженная утомляемость (необходимость

прилагать усилия при осуществлении повседневной активности); 4) замедление скорости передвижения; 5) значительное снижение физической активности. При наличии трех и более показателей имеет место старческая астения, при наличии одного или двух показателей – старческая преастения.

Также представляет интерес достаточно простая скрининговая валидизированная шкала FRAIL для выявления старческой астении в широкой клинической практике (табл. 1). При наличии трех и более положительных ответов говорят о старческой астении, одного или двух – о преастении. Поскольку клиническая манифестация старческой астении гетерогенна, слабость рассматривается как наиболее частый ее предвестник, а присоединение медлительности, снижения физической активности предшествует истощению и потере массы тела у большинства лиц старшего возраста. Наиболее часто при старческой астении поражаются костно-мышечная, иммунная и нейроэндокринная системы.

Таблица 1. Шкала FRAIL

Акроним	Описание
F atigue	Усталость (ощущение усталости большую часть времени в последние 4 недели)
R esistance	Выносливость (затруднение или неспособность пройти лестничный пролет)
A mbulation	Движение (затруднение или неспособность пройти квартал)
I llness	Болезни (имеется более 5 заболеваний)
L oss of weight	Потеря массы тела (потеря более 5% от прежней массы в последние 6 месяцев)

Помимо этого в стареющем организме накапливается и перераспределяется жировая ткань, уменьшается количество межклеточной жидкости, тощей массы тела (скелетная мускулатура, висцеральные органы), мышечной массы и силы (саркопения), нарушается терморегуляция и иннервация мышечной ткани со снижением ее выносливости. В результате этих процессов формируется синдром недостаточности питания (мальнутриция), который способствует формированию возраст-ассоциированной саркопении.

Саркопения – это не только неизбежное последствие старения, но и важнейший патогенетический фактор снижения мышечной силы, мобильности, изменения осанки и формирования нарушения баланса с синдромом падений, остеопении (снижение плотности костной ткани) и изменений метаболических процессов в организме. В наши дни понятие “саркопения” используется главным образом для описания возрастных изменений в скелетной мускулатуре и подразумевает потерю мышечной массы, силы и функциональной способности человека с дальнейшей утратой способности к самообслуживанию вследствие возрастных изменений гормонального статуса, центральной и периферической нервной системы, воспалительных реакций, уменьшения плотности капиллярной сети скелетной мускулатуры.

Для своевременного выявления мышечной дисфункции в пожилом возрасте предложен простой опросник SARC-F (sluggishness, assistance in walking, rise from a chair, climb stairs, falls) (табл. 2).

Таблица 2. Опросник SARC-F для скрининга саркопении

Компонент	Вопрос	Оценка, баллы
Сила	Насколько выраженные затруднения Вы испытываете, чтобы поднять и нести вес 4,5 кг?	Нет-0 Некоторые-1 Выраженные или не в состоянии-2
Помощь при ходьбе	Насколько выраженные затруднения Вы испытываете при ходьбе по комнате?	Нет-0 Некоторые-1 Выраженные, нуждаюсь в помощи или не в состоянии-2
Вставание со стула	Насколько выраженные затруднения Вы испытываете при подъеме со стула или кровати?	Нет-0 Некоторые-1 Выраженные или не в состоянии без посторонней помощи-2
Подъем по лестнице	Насколько выраженные затруднения Вы испытываете при подъеме на пролет из 10 ступеней?	Нет-0 Некоторые-1 Выраженные или не в состоянии-2
Падения	Сколько раз за последний год Вы падали?	Ни разу-0 1-3 раза – 1 4 раза и более - 2

Сумма баллов ≥ 4 является показателем саркопении и плохого прогноза. Саркопения является одной из причин развития старческой астении. Однако не у всех лиц со старческой астенией имеется саркопения, и не у всех лиц с саркопенией выявляется старческая астения.

Падения, особенно повторные, рассматриваются как один из компонентов синдрома старческой астении и возникают у 30% лиц старше 65 лет и у 40% лиц старше 80 лет. Нарушения походки с замедлением скорости ходьбы, неустойчивость в позе, укорочение шага, шарканье являются компонентами старческой астении и нередко способствуют падениям.

Падения приводят к повреждениям и переломам костей скелета, которые находятся на 6-м месте среди причин летального исхода у лиц старшего возраста. Помимо этого падения ухудшают функциональное состояние, мобильность, увеличивают риск повторных госпитализаций, они сопряжены с формированием тревожно-депрессивного состояния, страха повторных падений. В связи с этим пожилые люди стараются не выходить из дома, что приводит к повышению риска потери социальной независимости.

Необходимо отметить, что риск падений у пожилого человека и особенности ходьбы не учитываются и недооцениваются. Как показал опрос американских врачей первичного звена здравоохранения, только 37% из них расспрашивали пациентов на предмет наличия падений в анамнезе.

Данные литературы и клинический опыт свидетельствуют о необходимости включения оценки риска падений у лиц пожилого возраста, поскольку именно таким образом возможно реально прогнозировать возникновение переломов. При этом следует принимать во внимание следующие факторы: силу мышц нижних конечностей, поструральную устойчивость/боковой баланс, степень ухудшения зрения, когнитивные расстройства, одновременный прием нескольких препаратов. Функции скелетных мышц и баланс мышечной силы оценивают в тестах “подъем со стула” и “тандемная ходьба”, поскольку доказано наличие связи между данными этих тестов и высоким риском падений.

Немаловажным фактором процесса старения является нарастание когнитивных нарушений, которые представляют собой ухудшение по сравнению с индивидуальной нормой одной или нескольких когнитивных функций, которые формируются в результате интегрированной деятельности разных отделов головного мозга.

Когнитивные функции – это сложно организованные функции, осуществляющие процесс познания окружающего мира. К ним относят: внимание, память (способность запечатлевать, сохранять и воспроизводить информацию), восприятие информации, мышление, речь и праксис (произвольное целенаправленное двигательное действие). В процессе старения наблюдается разной степени выраженности когнитивный дефицит в виде нарушений познавательных функций вплоть до развития деменции.

Деменция – это хроническое выраженное расстройство высших интегративных функций мозга, в первую очередь познавательных, а также эмоциональных, которым сопутствует социальная/профессиональная дезадаптация. Артериальная гипертония, хроническая сердечная недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения, гиперлипидемия, ожирение, генетическая предрасположенность, низкая интеллектуальная активность в более молодом возрасте и нездоровый образ жизни являются факторами риска развития когнитивных нарушений. Последние не только отражают общее неблагополучие, но и свидетельствуют о высоком риске развития инвалидности и неблагоприятном прогнозе. Особенно это относится к так называемой когнитивной старческой астении, описанной в 2008 г. и сочетающей в себе когнитивные нарушения и синдром старческой астении.

2.3 СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ ОСМОТР. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА

Для определения степени старческой астении проводится *специализированный гериатрический осмотр (СГО)* пациента, направленный на выявление

ние физикальных, функциональных и психосоциальных особенностей людей пожилого и старческого возраста.

Специализированный гериатрический осмотр (comprehensive geriatric assessment) – совокупность диагностических мероприятий, которые ориентированы не столько на осуществление традиционной нозологической диагностики и выявление имеющихся у пациента заболеваний, но на изучение социального статуса и рисков снижения качества жизни и социальной деятельности с точки зрения соматического состояния, которые имеются у человека пожилого и, особенно, старческого возраста (рис.1).

Основной целью СГО является выявление наиболее часто встречающихся гериатрических синдромов, которые определяют развитие синдрома старческой астении. Необходимо определить степень способности к передвижению, степень нарушения питания (синдрома мальнутриции), степень когнитивной дисфункции, моральное состояние пациента, оценка степени независимости в повседневной жизни (шкала Бартел или Activities of Daily Living (ADL)).



Рисунок 1. Алгоритм проведения специализированного гериатрического осмотра.

Выявление степени способности к передвижению.

Для выявления степени способности к передвижению применяется шкала «Оценка двигательной активности у пожилых» (Functional mobility assessment in elderly patients), состоящую из 2 частей: определение общей устойчивости и параметров ходьбы. Применение данной шкалы позволяет дать объективную оценку путем непосредственного измерения тех параметров двигательной активности, которые в наибольшей степени изменяются с возрастом, а именно общая устойчивость и изменения походки. Таким образом, применение данной шкалы дает возможность выявить то, каким образом нервно-психическая патология и заболевания опорно-двигательного аппарата влияют на данные параметры двигательной активности совместно с инволютивными изменениями опорно-двигательного аппарата и контролирующей его нервной системы. Определение двигательной активности больного очень важно, т.к. от этого показателя во многом зависит способность человека к самообслуживанию, осуществлению ухода за собой, выполнению различных действий, необходимых для нормальной жизнедеятельности, а также для независимости в повседневной жизни.

Состояние *общей устойчивости* по данной шкале оценивается по следующим позициям: сидя, при попытке встать, устойчивость сразу после вставания в течение 5 секунд, длительность стояния в течение 1 минуты, вставание из положения лежа, устойчивость при толчке в грудь, стояние с закрытыми глазами, поворот на 360 градусов (переступания, устойчивость), стояние на одной ноге в течение 5 секунд (правой, левой), наклоны назад, дотягивания вверх, наклон вниз, присаживания на стул.

Каждой позиции соответствует от 0 до 2 баллов, при этом 0 баллов свидетельствовал о грубом нарушении, 1 - умеренном, 2 балла - норма; степень нарушения устойчивости определялась по сумме баллов. *Диапазон от 0 до 10 баллов соответствует о значительной степени нарушений, от 11 до 21 балла – умеренной, от 21 до 22 – легкой и 23 – 24 балла – нормальной устойчивости.*

Состояние *походки* оценивается следующим образом: начало движения, симметричность шага, непрерывность ходьбы, длина шага (левая нога, правая нога), отклонение от линии движения, устойчивость при ходьбе, степень покачивания туловища, повороты, произвольное увеличение скорости ходьбы, высота шага (правая нога, левая нога).

Каждой позиции соответствовало от 0 до 2 баллов, при этом 0 баллов свидетельствовало грубом нарушении, 1- умеренном, 2 балла - норма; степень нарушения устойчивости определялась по сумме баллов. *Степень нарушения походки оценивалась: 0 – 10 баллов – значительная степень, 11 – 13 баллов – умеренная, 14 – 15 баллов – легкая, 16 баллов – норма.*

По окончании опроса суммируются баллы, полученные по двум субшкалам, при этом *общий суммарный балл может быть в диапазоне от 0 до 40, где 0 – 20 баллов – значительная степень нарушения общей двигательной активности, 21 – 33 балла – умеренная, 34 – 38 баллов – легкая, 39 – 40 баллов – норма.*

Выявление степени нарушения питания (синдрома мальнутриции)

Для выявления степени нарушения питания (синдрома мальнутриции) используют опросник *Mininutritionalassessment (MNA)*, состоящий из двух частей. Первая часть позволяет получить информацию о физикальных данных, изменяющихся при синдроме мальнутриции или ему сопутствующим заболеваниям: чувство аппетита на протяжении последних трех месяцев; снижение массы тела на протяжении месяца, предшествующего опросу, состояние мобильности, наличие психологических стрессов на протяжении последних трех месяцев, наличие нейропсихических проблем (деменции), индекс массы тела (ИМТ).

Часть первая, вопросы: имеется ли у Вас снижение аппетита? (0 – выраженное снижение, 1 – умеренное снижение, 2 – нет снижения); отмечалось ли в Вас снижение массы тела на протяжении последнего месяца? (0 – более 2 кг, 1 – не знаю, 2 – в пределах 1 – 2 кг, 3 – стабильная масса тела); степень

мобильности (0 – прикован к постели, 1 – передвижения в пределах квартиры, 2 – нет ограничений); наличие психологического стресса в течение последних трех месяцев (0 – наличие стресса, 1 – отсутствие стресса); наличие психологических проблем (0 – тяжелая депрессия, деменция, 1 – умеренная депрессия, 2 – отсутствие проблем); величина индекса массы тела, который рассчитывается по формуле: $ИМТ = \frac{\text{масса тела в килограммах}}{\text{удвоенный рост в метрах}}$ (0 баллов – меньше 19, 1 балл – 19 – 21, 2 балла – 21 – 23, 3 балла – больше 23).

При интерпретации данной части опросника учитывается, что *риск развития синдрома мальнутриции имеет место при суммарной величине баллов менее 11, нормальный показатель статуса питания соответствует 12 баллам и более, максимально возможное количество баллов – 14.*

Вторая часть позволяет дать оценку регулярности и качеству питания, факторам, которые могут влиять на пищевое поведение: условия проживания, употребление медикаментов и их количество, количество ежедневно употребляемых блюд, ориентировочное количество белковой пищи в рационе, употребление овощей, зелени, жидкости, степень самостоятельности при приеме пищи, объем живота и бедер.

Часть вторая, вопросы: проживание дома (0 – нет, 1 – да); прием свыше трех препаратов ежедневно (0 – да, 1 – нет); наличие пролежней (0 – да, 1 – нет); количество основных блюд в течение дня (0 – 1 блюдо, 1 – 2 блюда, 2 – 3 блюда); прием белков (0 – до одного раза в день, 0,5 балла – два раза в день, 1 балл – 3 раза в день, прием овощей и фруктов в течение дня (0 – нет, 1 – да); прием жидкости (0 – менее трех стаканов; 0,5 баллов – 3 – 5 стакана, 1 – более 5 стаканов); степень независимости при приеме пищи (0 – с посторонней помощью, 1 – самостоятельно, но с трудом, 2 – полностью самостоятельно); собственная оценка статуса питания (0 – имеются проблемы, 1 – недостаточный, 2 – нет проблем питания); собственная оценка состояния здоровья (0 – плохое, 0,5 балла – не знаю, 1 – хорошее, 2 – отличное); средний диаметр

живота (0 – менее 21 см, 0,5 балла – 21 – 22 см, 1 – больше 22 см)¹; средний диаметр бедер (0 – менее 31 см, 1 – 31 см и выше).

При оценке результатов второй части опросника принимается во внимание, что *максимальное значение соответствует 16 баллам.*

Оценка результатов опроса и осмотра пациентов по двум частям опросника: *максимальное количество баллов – 30, норма – 24 балла и больше, наличие риска развития синдрома мальнотриции – 17 – 23,5 балла, наличие синдрома мальнотриции – меньше 17 баллов.*

Оценка когнитивных способностей

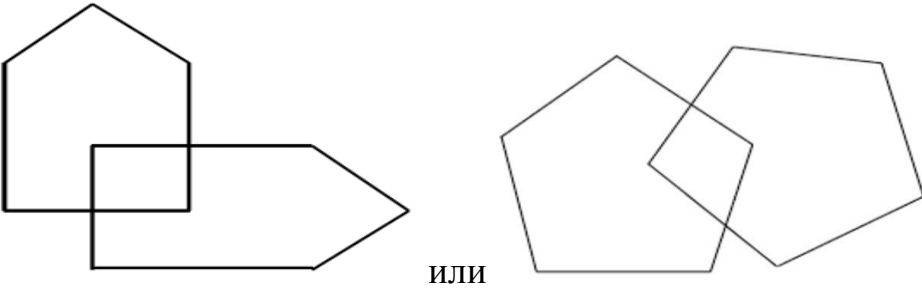
Когнитивные способности можно определить при помощи опросника «Мини-исследование умственного состояния» (тест мини-ментал или *Mini-mentalstateexamination*), являющегося широко распространенной методикой для скрининга и оценки тяжести деменции.

Данный опросник включает в себя оценку следующих показателей (табл.3): ориентация (требуется назвать дату, местонахождение) – до 5 баллов; восприятие (запоминание трех слов и их воспроизведение) – до 3 баллов; внимание и счет (вычесть из 100 число 7, затем из остатка вычесть 7 и так пять раз) – до 5 баллов; память (припомнить три слова из задания № 2) – до 3 баллов; речь, чтение и письмо (назвать два предмета, повторить «никаких если, но или нет», выполнение трехэтапной моторной команды) – до 3 баллов; прочесть и выполнить написанное на бумаге задание «закройте глаза» - 1 балл; написать предложение – 1 балл; срисовать рисунок – 1 балл.

Таблица 3. Мини-исследование умственного состояния

Активность	махо цен-	Оце нка
-------------------	--------------	------------

	ка	
1. Ориентация во времени (по 1 баллу за каждый правильный ответ).		
2. Ориентация в пространстве (по 1 баллу за каждый правильный ответ).		
Спросите:		
1. Какой сегодня (год), (сезон), (месяц), (дата), (день недели).	5	—
2. Где мы находимся (страна), (область), (город), (учреждение), (этаж).	5	—
3. Восприятие (по 1 баллу за каждое правильное повторение слова).		
Назовите с интервалом в 1 секунду три слова (например: яблоко, стол, монета или карандаш, дом, копейка). Попросите повторить все три слова, после того, как вы назвали их все.	3	—
4. Внимание и счет (по 1 баллу за каждое правильное вычитание).		
Попросите последовательно вычитать из 100 по 7. Достаточно 5 вычитаний (93, 86, 79, 72, 65).	5	—
5. Вспоминание (по 1 баллу за каждый правильный ответ).		
Попросите назвать три слова, которые были заучены выше (в п.3).	3	—
6. Речь		
1. Покажите карандаш (или ручку) и часы, затем попросите назвать их.	2	—
2. Попросите больного повторить: "Никак если, и, но".	1	—
7. Выполнение трёхэтапной команды (по 1 баллу за каждое правильно выполненное действие).		
Попросите: "Возьмите лист бумаги в правую руку, согните его пополам и положите на стол"	3	—
8. Чтение и письмо		
1.Попросите прочесть и выполнить записанную на листе команду: "Закройте глаза".	1	—
2.Попросите человека самостоятельно написать одно предло-	1	—

жение (оно должно содержать подлежащее и сказуемое).		
9. Рисование		
<p>Попросите человека нарисовать два пятиугольника с пересекающимися углами (задание оценивается как выполненное, если на выполненном рисунке отображены две фигуры, каждая из которых имеет по 5 углов, и эти фигуры пересекаются углами).</p> 	1	—
Итого:	30	—

Оценка результатов: *максимальное количество баллов – 33, норма – 25 баллов и больше, легкие нарушения когнитивной сферы – 21-24 балла, умеренные - 10-20, тяжелые - 9 и менее.*

Оценка морального состояния пациента

Оценка морального статуса проводилась по опроснику «*Philadelphia geriatric morale scale*», позволяющего определить наличие у пожилых и старых людей удовлетворения собой, чувства, что они достигли чего-то в этой жизни, что они нужны, а также субъективного соответствия между личными потребностями и их удовлетворением со стороны внешнего мира, внутреннего примирения с неизбежным, как, например, с тем фактом, что они состарились.

Шкала включает в себя 17 позиций: в течение года у меня значительно ухудшилось состояние; не могу спать; у меня есть боязнь многих вещей; приходится расставаться со многими привычными вещами; у меня возникает много проблем; я с трудом достигаю состояния моральной уравновешенности; мне становится все хуже по мере увеличения возраста; у

меня постоянное чувство одиночества; человеку все сложнее приспосабливаться к жизни по мере увеличения его возраста; Вы удовлетворены своим нынешним состоянием?; по мере увеличения возраста мое состояние становится хуже чем то, что я ожидал(а); я менее счастлив(а) по сравнению с молодыми годами; чувствуете ли Вы себя одиноким?; я могу встречаться с большим числом друзей и родственников; иногда меня посещает мысль, что с такой жизнью как у меня незачем жить; жить мне становится все тяжелее и тяжелее; у меня много причин для плохого настроения.

Оценка позиций опросника осуществлялась по пятибалльной системе, при этом более высокий балл соответствовал более плохому моральному состоянию испытуемого. Оценка результатов: максимальное количество баллов – 85, хорошее моральное состояние - менее 50 баллов, удовлетворительное – 51-67, плохое – 68 и более.

Оценка степени независимости в повседневной жизни

Для оценки степени независимости больного от посторонней помощи в повседневной жизни применяется шкала Бартел для оценки уровня бытовой активности. Шкалой удобно пользоваться как для определения изначального уровня активности пациента, так и для поведения мониторинга в целях определения эффективности реабилитации при адаптации пациента в социуме, оценки его качества жизни, необходимости ухода. Она включает в себя следующие вопросы:

А. Прием пищи: не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами (10); частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи (5); полностью зависим от окружающих, например, необходимо кормление с посторонней помощью (0).

Б. Персональный туалет: умывание лица, причесывание, чистка зубов, бритье (10); не нуждаюсь в помощи (5); нуждаюсь в помощи (0).

В. Одевание: не нуждаюсь в посторонней помощи (10); частично нуждаюсь в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц и т.д. (5); полностью нуждаюсь в посторонней помощи (0).

Г. Прием ванны: принимаю ванну без посторонней помощи (5); нуждаюсь в посторонней помощи (0).

Д. Контроль тазовых функций (мочеиспускание, дефекация): не нуждаюсь в помощи (20); частично нуждаюсь в помощи (при использовании клизмы, свечей, катетера) (10); постоянно нуждаюсь в помощи в связи с грубым нарушением тазовых функций (0).

Е. Посещение туалета: не нуждаюсь в помощи (10); частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и одевание брюк и т.д.) (5); нуждаюсь в использовании судна, утки (0).

Ж. Вставание с постели: не нуждаюсь в помощи (15); нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке (10); могу сесть в постели, но для того, чтобы встать, нужна существенная поддержка (5); не способен встать с постели даже с посторонней помощью (0).

З. Передвижение: могу без посторонней помощи передвигаться на расстояние до 500 м (15); могу передвигаться с посторонней помощью в пределах 500 м (10); могу передвигаться с помощью инвалидной коляски (5); не способен к передвижению (0).

И. Подъем по лестнице: не нуждаюсь в помощи (10); нуждаюсь в наблюдении или поддержке (5); не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой (0).

Степень выполняемости больным ежедневных функций самоухода оценивается в баллах и колеблется от 0 до 20. Суммарная оценка варьирует от 0 до 100 баллов.

Суммарный балл от 0 до 20 соответствует полной зависимости больного, от 21 до 60 - выраженной зависимости, от 61 до 90 - умеренной зависимости, от 91 до 99 - легкой зависимости, 100 баллов - полной независимости в повседневной деятельности.

ИЛИ:

***Шкала инструментальной активности в повседневной жизни
(Instrumental Activities of Daily Living Scale, или IADL)***

В основе методов измерения нарушений жизнедеятельности чаще всего лежит оценка независимости индивидуума от посторонней помощи в повседневной жизни, при этом анализируются не все ежедневные действия, а только наиболее значимые. Под IADL обычно понимают основные физические функции, которые лежат в основе нормальной жизни человека. Методика содержит 8 вопросов (можете ли вы пользоваться телефоном; можете ли вы добраться до мест, расположенных вне привычных дистанций ходьбы; можете ли вы ходить в магазин за едой; можете ли вы готовить себе пищу; можете ли вы выполнять работу по дому; можете ли вы выполнять мелкую «мужскую»/«женскую» работу по дому; можете ли вы стирать для себя; можете ли вы самостоятельно принимать лекарства; можете ли вы распорядиться своими деньгами) (табл.4).

Таблица 4. Шкала Инструментальной активности в повседневной жизни (IADL).

Параметры	баллы
А. Способность использовать телефон	
1. Использует телефон по собственной инициативе; просматривает и набирает номера и т.д.	1
2. Набирает лишь несколько общеизвестных номеров.	1
3. Отвечает на телефонные звонки, но сам не звонит.	1
4. Вообще не использует телефон.	0
В. Шопинг	
1. Самостоятельно делает все необходимые покупки.	1
2. Самостоятельно делает небольшие покупки.	0
3. Не может ходить за покупками без сопровождения.	0
4. Вообще не может ходить за покупками.	0

<p>С. Приготовление пищи</p> <p>1. Самостоятельно планирует, готовит и подает на стол адекватные блюда при всех приемах пищи. 1</p> <p>2. Готовит адекватные блюда, если доставляются ингредиенты. 0</p> <p>3. Разогревает и подает на стол приготовленные блюда, либо готовит сам, но не соблюдает адекватную диету. 0</p> <p>4. Нуждается в том, чтобы кто-то другой готовил и подавал еду. 0</p>	
<p>Д. Домашнее хозяйство</p> <p>1. Ведет домашнее хозяйство самостоятельно или с нерегулярной помощью (например, «помощь на дому для тяжелых работ»). 1</p> <p>2. Выполняет легкие работы по дому (например, моет посуду, заправляет постель и т.д.). 1</p> <p>3. Выполняет легкие работы по дому, но не может обеспечить необходимую степень чистоты. 1</p> <p>3. Нуждается в помощи для всех работ по дому. 1</p> <p>4. Не участвует ни в каких работах по дому. 0</p>	
<p>Е. Стирка</p> <p>1. Стирает свое белье и одежду полностью самостоятельно. 1</p> <p>2. Стирает мелкие вещи, прополаскивает носки и т.д. 1</p> <p>3. Всю стирку должны делать другие люди. 0</p>	
<p>Ф. Способ передвижения</p> <p>1. Самостоятельно перемещается на общественном транспорте или водит машину сам. 1</p> <p>2. Совершает поездки на такси, но не пользуется общественным транспортом. 1</p> <p>3. Перемещается на общественном транспорте, при наличии помощи или сопровождения. 1</p>	

4. Перемещается только на такси или автомобиле с помощью другого лица.	0
5. Вообще не перемещается	0
Г. Ответственность за медикаментозное лечение	
1. Ответственно принимает медикаменты в правильной дозировке в правильное время.	1
2. Ответственно принимает медикаменты, если они заранее приготовлены в нужной дозировке.	0
3. Не способен дозировать свои медикаменты	0
Н. Способность распоряжаться финансами	
1. Самостоятельно распоряжается всеми финансовыми делами (ведет бюджет, осуществляет арендные платежи, оплачивает счета, посещает банк), собирает и хранит документальное подтверждение доходов и т.д.)	1
2. Сам делает повседневные покупки, но нуждается в помощи для банковских операций, крупных приобретений и т.д	1
3. Не способен распоряжаться деньгами.	0

Максимальный балл равен 8 для женщин и 5 для мужчин, что говорит о полной активности пациента и отсутствии препятствий в социальной адаптации. Если клиент получает 0 баллов хотя бы в двух из перечисленных пунктов, то он считается функционально недееспособным.

3. АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ.

3.1 ПОШАГОВЫЙ АЛГОРИТМ ИНТЕРВЕНЦИЙ В ЦЕЛОСТНОМ ТЕХНОЛОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ КЛИНИЧЕСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Порядок предоставления социальной услуги по долговременному уходу можно разделить на несколько этапов:

1. Этап признания гражданина, получающего социальное обслуживание, нуждающимся в долговременном уходе.
2. Этап консультирования клиентов и составления индивидуального плана ведения пациента.
3. Этап составления ИППСУ совместно с медицинскими работниками (участковый врач, врач общей практики и т.д.) с учетом специфики клиента, который нуждается в долговременном уходе.
4. Этап – реализация медико-социальных услуг и ИППСУ.

3.2 ПЕРВЫЙ ЭТАП - ПРИЗНАНИЕ ГРАЖДАНИНА, ПОЛУЧАЮЩЕГО СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, НУЖДАЮЩИМСЯ В ДОЛГОВРЕМЕННОМ УХОДЕ

3.2.1 Маршрутизация клиентов в системе долговременного ухода

Динамическое наблюдение предусматривает контроль функциональных параметров состояния здоровья пациентов старших возрастных групп, выполнение рекомендаций специалистов, внесение корректировок в схемы лечения, профилактическое консультирование по рациональному питанию, физической активности, методам ухода за пациентами, скрининг по шкале «Возраст не помеха» ежегодно.

Цели и рекомендованные мероприятия, в зависимости от деления пациентов на группы по результатам специализированного гериатрического обследования:

Группа «Хрупкие».

Цель: Обеспечение максимально высокого качества жизни; снижение заболеваемости и смертности; сохранение функциональности; проведение реабилитационных, адаптивных программ, социальной и медико-социальной поддержки и ухода.

Мероприятия: Выполнение рекомендаций врача-гериатра, невролога, нейропсихолога, психиатра, др. специалистов по показаниям.

«Прехрупкие»

Цель: Предупреждение преждевременного старения.

Мероприятия: скрининг по шкале «Возраст не помеха» 1 раз в 6 месяцев; рекомендации по физической активности и рациональному питанию; лечение имеющихся гериатрических синдромов; лечение хронических заболеваний.

«Крепкие»

Цель: Предупреждение преждевременного старения.

Мероприятия: Скрининг по шкале «Возраст не помеха» ежегодно; рекомендации по регулярной физической активности и рациональному питанию; лечение хронических заболеваний; формирование психологии активного долголетия.

На первом этапе необходимым является проведение скрининга с целью определения функциональной недостаточности клиента (табл.5,6).

Таблица 5. Диагностика – проведение скрининга по шкале «Возраст не помеха» для пациентов старше 60 лет, выявление тех или иных гериатрических синдромов и решение о целесообразности консультации врача – гериатра.

Пациенты ≥ 60 лет – скрининг по шкале «Возраст не помеха»		
	Вопрос	Ответ
1.	Похудели ли Вы на 5 кг или больше за последние 6 месяцев? (Вес)	Да/нет
2.	Испытываете ли Вы какие – либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха или зрения?	Да/нет

3.	Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением?	Да/нет
4.	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? (Настроение)	Да/нет
5.	Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	Да/нет
6.	Страдаете ли Вы недержанием мочи?	Да/нет
7.	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 м или подъем на 1 лестничный пролет)	Да/нет

Таблица 6. Результаты скрининга

«Хрупкие» клиенты	«Прехрупкие» клиенты	«Крепкие» клиенты
≥ 3-х положительных ответов	1-2 положительных ответа	0 положительных ответов
Консультация врача-гериатра, врача общей практики, участкового терапевта, проведение комплексной гериатрической оценки, составление индивидуального плана ведения пациента	Целесообразна консультация врача-гериатра, врача общей практики, участкового терапевта	Не нуждаются в долговременном уходе

При получении утвердительного ответа на 3 и более вопросов клиент нуждается в обязательном осмотре врача-гериатра, врача общей практики, участкового терапевта с целью проведения комплексной гериатрической оценки, определения ведущих гериатрических синдромов, приводящих к функциональной недостаточности, составления индивидуального плана ведения пациента в рамках долговременного ухода; при получении 1-2 положительных ответов -целесообразна консультация врача-гериатра,врача общей практики, участкового терапевта, с решением вопроса о долговременном

уходе; 0 положительных ответов-клиент в долговременном уходе не нуждается.

3.3 ВТОРОЙ ЭТАП - КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КЛИЕНТОВ И СОСТАВЛЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА

При диагностике у клиента по данным гериатрического осмотра хорошего здоровья или старческой преастении клиент может обслуживаться согласно стандартной ИППСУ.

При определении, согласно КГО, синдрома старческой астении легкой, умеренной, выраженной степени тяжести и определении основных причин, определяющие степень тяжести синдрома старческой астении, врачом общей практики, участковым врачом или врачом-гериатром составляется индивидуальный план ведения пациента с применением немедикаментозных и медикаментозных методов и средств, направленных на коррекцию ведущих гериатрических синдромов.

При терминальной степени старческой астении клиент нуждается в паллиативной помощи, проводится специализированный уход на дому с целью поддержания базисных функций. При осуществлении ухода необходимо использование совместных усилий родственников, знакомых пациента, а также медицинских и социальных работников.

3.4 ТРЕТИЙ ЭТАП - МОДИФИКАЦИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ (ИППСУ) С УЧЕТОМ СПЕЦИФИКИ КЛИЕНТА, КОТОРЫЙ НУЖДАЕТСЯ В ДОЛГОВРЕМЕННОМ УХОДЕ

3.4.1 Создание терапевтической среды

Под термином терапевтическая среда в наиболее широком смысле мы понимаем ту часть окружающей среды, которая непосредственно или косвенно оказывает любое воздействие на различные аспекты сущности пациента, находящегося в медицинских и социальных учреждениях с целью осуще-

ствления мероприятий профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных, поддерживающих, а также наблюдения и ухода за ним.

Терапевтическая среда, таким образом, представляет собой искусственно созданные, максимально благоприятные условия, окружающие индивида, исключая воздействия потенциально неблагоприятных факторов при его пребывании в стационарных учреждениях.

Создание такой терапевтической среды является крайне необходимым для любого пожилого человека, у которого имеются ограничения в контактах с внешним миром. При этом главная цель такой среды – формирование вокруг пожилых атмосферы востребованности и заинтересованности. Такая среда должна активировать лиц пожилого и старческого возраста, побуждать их к организации своего времени.

Элементы терапевтической среды в учреждениях социальной защиты включают в себя:

- организацию на территории «Дома для пожилых», представляющего собой полузакрытое стационарное учреждение, сети небольших кафе, магазинчиков для постояльцев;
- возможность оформления палат собственной мебелью, предметами быта;
- организация выставок картин, концертов, праздников для пожилых людей – постояльцев; выпуск ежемесячной газеты с работами жителей дома (стихи, поздравления, художественные миниатюры и пр.);
- возможность пользоваться не только больничной столовой, но и готовить пищу самостоятельно в специально отведенных местах;
- возможность пользоваться Интернетом для тех пожилых пациентов, у которых дети или родственники находятся далеко;
- рациональное размещение наглядной информации, стендов, рассчитанное на сниженные когнитивные способности пожилого человека;
- дополнением в функциональные обязанности сотрудников пункта, согласно которому за каждым сотрудником закреплено 2 – 3 пожилых пациен-

та, с которым они должны наладить дружеские отношения, выяснять желания, поддерживать разговор и пр.

- проведение посильной для пожилого эрго - и трудотерапии с последующей благотворительной продажей изделий, изготовленных постояльцами дома.

В рамках терапевтической среды на сегодняшний день разрабатываются следующие направления:

1. Создание максимально благоприятной обстановки пребывания пациентов (клиентов) дома престарелых, реализация которой включает в себя следующие пункты:

- а) создание приятного, успокаивающего интерьера. Цветовая гамма стен и мебели должна быть выбрана в спокойных теплых тонах. Дизайн предметов мебели и интерьера не должен быть резким, «кричащим».

- б) создание комфортной и понятной среды для пожилого клиента. Она заключается в создании простой для восприятия и понимания системы указателей: информационные указатели направления расположения помещений, переходов, блоков и пр.; разукрашивание дверей основных функциональных помещений (туалет, ванная, столовая и пр.) в яркие цвета (притом каждому классу помещений соответствует определенный цвет), оформление пола в виде дорожек цветов, соответствующих помещению, к которому они ведут; оформление всевозможных надписей (на бейджах персонала, указателях и пр.) максимально крупным, легко читаемым шрифтом; организация стендов с фотографиями всех сотрудников и с подписью фамилии, имени и отчества, занимаемой должности на каждом этаже; размещение фотографии сотрудников и подписью фамилии, имени и отчества, должности на двери их кабинетов.

Для реализации данной позиции важным является создание системы понятной ранговости персонала, которая заключается в том, что персонал каждой иерархической ниши (младший, средний, старший медицинский, техни-

ческий персонал, администрация и пр.) должен строго носить униформу цвета, определенного для данной группы.

Наконец, важным представляется внесение элемента креативности: придумывание, силами и с учетом пожеланий клиентов, названий палат, коридоров, функциональных комнат (например, палата – «улица Цветочная», коридор – «проспект Славы»); тематическое оформление помещений, исходя из придуманных названий; внесение выдуманных названий в систему информационных указателей.

Многие элементы окружающей человека с ограниченными возможностями среды является источником многих опасностей. Одни факторы являются неспецифично потенциально опасными, т. е. опасными для всех (например, натертые до скольжения полы). Иные являются специфичными для определенных состояний человека и обстоятельств среды (например, острые углы мебели при синдроме падения). Таким образом, ставится задача трансформировать такие опасные моменты в малоопасные или вовсе их удалить (например, убрать ковры в комнате пожилого человека для предотвращения падений и т.д.).

В плане создания терапевтической среды огромное значение имеет трудовая реализация.

Организация мини-производства по изготовлению технологически простых изделий дает возможность посылно задействовать желающих клиентов. Изделия могут быть впоследствии реализованы. Таким образом, во-первых, организуется *деятельность* клиента. Во-вторых, формируется его *заинтересованность*. В-третьих, возникает чувство собственной «реализованности», «нужности».

Для успешного внедрения такого метода терапевтической среды как эрготерапия необходимы предварительные и параллельные занятия лечебной физкультурой, которая позволит повысить степень тренированности и двигательной активности.

3.4.2 Индивидуальный план ведения пациента (ИПВП) и Индивидуальная программа предоставления социальных услуг(ИППСУ), направленные на коррекцию основных гериатрических синдромов, приводящих в функциональной недостаточности

Особенностью долговременного ухода является динамическая оптимизация медико-социальной и психологической составляющей индивидуального плана ведения клиента и индивидуальной программы предоставления социальных услуг.

Коррекция программ и контроль эффективности проводится один раз в 3 месяца по результатам специализированного гериатрического осмотра.

3.4.2.1 Методы коррекции гериатрических синдромов в реализации долговременного ухода

Использование диетотерапии является обязательным у всех клиентов пожилого и старческого возраста с синдромом мальнутриции или риском развития синдрома мальнутриции. При этом необходимо соблюдать основные принципы рационального питания для людей старших возрастных групп:

- учитывая, что клиенты старших возрастных групп обладают определенными структурно-функциональными особенностями желудочно-кишечного тракта, а вследствие полиморбидности и полипрагмазии, у них нарушается всасывание и обмен питательных веществ, в том числе витаминов и минералов, восстановление статуса питания продолжается не менее 1-1,5 лет;

- при наличии дефицита массы тела и синдрома мальнутриции или риска развития синдрома мальнутриции необходим прием нутритивных (питательных) смесей с целью увеличения поступления энергетического и пластического материала;

- для формирования оптимального сбалансированного рациона для клиентов старших возрастных групп необходимо формирование правильного

режима питания и «правильных» пищевых привычек, соблюдение оптимального соотношения в суточном рационе белков, жиров и углеводов (у лиц старших возрастных групп это соотношение составляет 1:0,9:3,5), дополнительный прием витаминов и минеральных элементов:

- рекомендован 5-6 разовый режим питания;
- в сутки больным рекомендуется употреблять 3-5 видов овощей, 3-4 вида фруктов (примерно 400 грамм в сутки); потребление овощей должно превышать потребление фруктов приблизительно в соотношении 2:1. Употребление овощей и фруктов восполняет дефицит антиоксидантов (каротиноидов, витаминов С и Е). Бобовые, арахис, хлеб, зеленые овощи, такие как шпинат, брюссельская капуста и брокколи являются источником фолиевой кислоты, которая играет важную роль в снижении факторов риска, связанных с развитием сердечно-сосудистых заболеваний, рака шейки матки, анемии. Наличие свежих овощей и фруктов изменяется в зависимости от времени года и региона, но замороженные, сухие и специально обработанные овощи и фрукты доступны в течение всего года. Предпочтение рекомендуется отдавать сезонным продуктам, выращенным на местах;
- в рационе должно быть не более 20% белковой пищи (курица, рыба, мясо, бобовые и т.д.). Необходимо вводить в рацион до 30% белков за счет молочных, чаще кисломолочных продуктов;
- при отсутствии противопоказаний (хроническая сердечная недостаточность, почечная патология) количество выпиваемой в сутки жидкости в рационе должно соответствовать физиологической потребности 1,5-2 литра;
- при наличии дисфагии пища должна быть однородной, пюреобразной консистенции, а жидкость - более густой (кисели, простокваша);
- хлеб, крупяные и макаронные изделия, рис и картофель можно есть при каждом приеме пищи - эти продукты являются важным источником белка, углеводов, клетчатки и минеральных веществ (калий, кальций, магний) и витаминов (С, фолиевой кислоты, каротиноидов). Большинство разновидностей хлеба, особенно хлеб грубого помола, крупы и картофель содержат раз-

личные типы пищевых волокон - клетчатки. Потребление достаточного количества таких продуктов играет важную роль в нормализации функции кишечника и может уменьшить симптомы хронических запоров, дивертикулита, геморроя, а так же снизить риск ишемической болезни сердца и некоторых видов рака;

- следует ежедневно потреблять молочные продукты с низким содержанием жира и соли (кефир, кислое молоко, сыр, йогурт) — они богаты белком и кальцием;

- следует ограничить потребление «видимого жира» в кашах и на бутербродах, выбирать мясо-молочные продукты с низким содержанием жира;

- рекомендуется заменять мясо и мясные продукты с высоким содержанием жира на бобовые, рыбу, птицу и тощие сорта мяса. Бобовые орехи, мясо, птица являются важным источником белка. Количество колбас, сосисок, красного мяса должно быть ограничено;

- следует ограничить потребление сахаров: сладостей, кондитерских изделий, десерта. Продукты, содержащие много рафинированных сахаров, являются источником энергии, но практически не содержат питательных веществ;

- общее потребление поваренной соли, с учетом ее содержания в хлебе, консервированных и других продуктах, не должно превышать 1 чайной ложки (6 граммов) в день. Поваренная соль содержится в натуральном виде в продуктах обычно в малых количествах. Повышенное артериальное давление ассоциируется с избыточным потреблением соли. Рекомендации для населения по снижению потребления соли включают следующие советы: исключить пищевые продукты, содержащие много соли (консервированные, соленые, копченые); прежде чем автоматически досаливать пищу, следует сначала попробовать ее на вкус, а лучше вообще не досаливать;

- следует отдавать предпочтение приготовлению продуктов на пару, путем отваривания, запекания. Уменьшить добавление жиров, масел, соли,

сахара в процессе приготовления пищи. При приготовлении пищи рекомендуется использовать специи.

При диагностике синдрома двигательных нарушений, синдрома падений, саркопении, ведущая роль принадлежит *кинезотерапии и лечебной физкультуре (ЛФК)*. Лечебная физкультура подразделяется на общую и специальную. Роль кинезотерапии заключается как в коррекции частных нарушений моторики, так и в уменьшении неблагоприятных последствий гиподинамии в целом. Механизм лечебного действия физических упражнений связан с многообразием сложных психических, физиологических и психических процессов, протекающих в организме при занятиях лечебной физкультурой. Влияние кинезотерапии на психику характеризуется повышением настроения, отвлечением мыслей от болезней, что тоже немаловажно и положительно влияет на бытовую и социальную реадaptацию.

Основные требования проведения лечебной физкультуры:

- системность воздействия, заключающаяся в адекватном подборе комплекса необходимых упражнений.
- индивидуализация нагрузок с учетом физикального статуса пациента и его функциональных возможностей.
- основным средством ЛФК являются физические упражнения, а именно дозированная физическая нагрузка, связанная с произвольным чередованием напряжений и расслаблений мышечного аппарата клиента. Дозированные физические нагрузки обладают также общетонизирующим действием.
- преемственность нагрузок, характеризующаяся в ранней и последовательно нарастающей активизации двигательного режима, преемственностью на ее этапах, применением широкого диапазона средств физической тренировки, сочетанием с другими лечебными физическими факторами. Например, если в процессе ухода клиент научится вставать, начинается обучение правильному рисунку ходьбы, при необходимости, с использованием компенсирующих устройств (ходунки).

•регулярность и систематичность выполнения физических нагрузок. Толерантность к физическим нагрузкам, сила и выносливость мышц с возрастом существенно снижается, однако снижение функциональных возможностей у клиентов старших возрастных групп связано не только с процессом старения, но во многом – и с недостаточной активностью пациентов. Поэтому необходима постоянная тренировка опорно-двигательного аппарата во избежание быстрого угасания функциональных возможностей костно-мышечной системы.

•постепенное нарастание физической нагрузки:

– занятия сначала проводятся 1-2 раза в день, с постепенным увеличением до 4-5 раз в день.

– сначала используются нагрузки малой интенсивности, включающие движения небольших групп мышц (движения в дистальных отделах конечностей, дыхательные упражнения). Потом, по мере стабилизации состояния, клиенту назначаются упражнения умеренной интенсивности (упражнения для туловища, рук и ног, ходьба). Следует отметить, что недостаточные по интенсивности физические упражнения просто не будут оказывать должного лечебного действия, то физические перегрузки могут привести к значительным отрицательным последствиям.

•использование упражнений, направленных на выполнение туалета и личной гигиены, обучение одеванию, самостоятельному приему пищи. Так как поддержание самостоятельности в повседневной жизни также во многом зависит от подвижности клиентов, которая в свою очередь, определяется работоспособностью мышц, костей, суставов.

•лечебная физкультура и различные виды массажа для достижения более быстрого лечебного эффекта. Противопоказания в большинстве случаев носят временный характер.

•при назначении лечебной физкультуры у клиентов старших возрастных групп необходимо учитывать некоторые особенности:

- дозировка нагрузки должна быть ниже, чем у клиентов среднего и молодого возраста;
- применяются упражнения малой и средней интенсивности, с достаточно широкой амплитудой движения, выполняют их плавно;
- обращают внимание на выработку и постановку правильного дыхания;
- строго соблюдается принцип постепенности, увеличиваются паузы для отдыха;
- исключаются упражнения с резкими поворотами и вращениями головы, элементами натуживания и задержкой дыхания, запрокидывание головы и наклоном корпуса вниз головой;
- исключают или ограничивают упражнения на силу, быстроту, ловкость; при первых признаках утомления физическую нагрузку сразу прекращают;
- подбор, объем и методика применения упражнений должны быть такими, чтобы вызывать у пациентов чувство удовлетворения, желание продолжать занятия;

• специальная лечебная физкультура (направленного действия) применяется у клиентов с такими заболеваниями как остеоартроз суставов нижних конечностей, а также у клиентов после ампутации конечностей (с целью подготовки культи к протезированию), у клиентов после операций на органах брюшной полости (с целью профилактики спаечной болезни).

• для клиентов с остеоартрозом нижних конечностей, проведение кинезотерапии и лечебной физкультуры, хоть и является обязательным методом, медико-социальной реабилитации, является затруднительным, так как люди, страдающие остеоартрозом, постоянно ощущают боль, у них снижается мышечная сила, появляется ограничение движений в суставах. 80% больных остеоартрозом имеют определенные ограничения в движении, а 25% не могут выполнять даже повседневные жизненные функции.

Поэтому главными принципами лечебной физкультуры у клиентов с остеоартрозом являются:

- частое повторение упражнений в течение дня по несколько минут. При этом, они выполняются, медленно, плавно, с постепенным увеличением амплитуды; энергичные движения через боль противопоказаны;
- для максимального снижения нагрузки на суставы лечебной физкультурой необходимо заниматься сидя или лежа;
- нельзя делать упражнения через боль, поэтому интенсивность и частота повторений определяются болевым синдромом;
- необходимым условием является выполнение упражнений регулярно;
- одним из методов уменьшения нагрузки на суставы является использование ортопедической обуви (или обуви на низком каблуке с мягкой эластичной подошвой), что позволяет гасить удар при соприкосновении пятки с поверхностью, при этом уменьшается боль;
- использование компенсирующих устройств (ходунки, костыли, трость и т.д.) позволяет снизить нагрузку на суставы, а значит, уменьшить выраженность болевого синдрома при выполнении упражнений;

• у клиентов после операции на органах брюшной полости с целью профилактики спаечной болезни подбираются упражнения, сопровождающиеся сокращениями мышц живота и значительными перепадами внутрибрюшного давления - упражнения лежа, волевые сокращения мышц брюшного пресса с глубоким брюшно-диафрагмальным дыханием. Следует отметить, что упражнения выполняются в бандаже на протяжении 4-6 месяцев. При возможности назначают гимнастические упражнения с целью укрепления брюшного пресса, поднятия тонуса мускулатуры полых внутрибрюшных органов и улучшения в них микроциркуляции. К комплексу гимнастических упражнений добавляют массаж брюшной стенки. Данный комплекс упражнений противопоказан у стомированных больных;

- у клиентов после ампутаций нижних конечностей к тренировке опорной функции культы приступают на 2-3-й день после снятия швов: вначале проводят легкие массажные похлопывания и поглаживания культы, затем больной в исходном положении сидя на кровати имитирует осевую нагрузку на плоскость кровати, выполняет имитацию ходьбы, проводит самомассаж культы (ее опорной поверхности).

Основная задача лечебной физкультуры у клиентов после ампутаций – создать у перенесшего ампутацию новые двигательные навыки, наиболее полно реализующие функциональные возможности, заложенные в той или иной конструкции искусственной конечности.

Поэтому после ампутации конечности большое внимание уделяется формированию культы. Культя должна быть правильной формы, безболезненной, опороспособной, сильной и выносливой к нагрузке. Поэтому, подготовка культы к протезированию - это длительный, с постоянно увеличивающейся нагрузкой, реабилитационный процесс, суть которого сводится к увеличению опороспособности и мышечной массы культы, восстановление чувства контроля, развитие мышечно-суставного чувства и координации движений.

Тренировка культы на опорность вначале заключается в надавливании ее концом на мягкую накладку, а затем — на накладки различной плотности (мягкой, средней жесткости, жесткой). Смена накладки на более жесткую производится после достижения устойчивого результата, т.е. отсутствие болевых ощущений при опоре на культю и отсутствие трофических нарушений в области наибольшей нагрузки. Начинают такую тренировку с 2-х минут и доводят до 15 минут и более.

Большое внимание в период подготовки к протезированию уделяется упражнениям, направленным на увеличение силы и выносливости мышц верхнего плечевого пояса и общеукрепляющим, так как при ходьбе на ходунках основная нагрузка падает на руки. Перегрузка оставшейся ноги ведет к

развитию плоскостопия, в связи, с чем необходимо использовать упражнения, направленные на укрепление мышечного и связочного аппарата стоп.

Одним из методов активной кинезотерапии и методом восстановления и компенсации нарушенных функций организма является *трудотерапия*. Благоприятное влияние труда в системе реабилитационных мероприятий является клинически установленным фактом. При трудотерапии сам процесс функционирования пораженной системы выступает в качестве лечебно-восстановительного фактора. Трудовые движения стимулируют физиологические процессы, укрепляют волю пациента, улучшают концентрацию внимания, повышают настроение. То есть, цель трудотерапии у пациентов старческого возраста в большей степени психотерапевтическая.

Структура занятия физической активности

Занятие должно включать разминку (разогрев), активный период и период остывания. *Разминка (разогрев)* - обычно длится от 5 до 10 мин. Разминка может состоять из легких потягиваний, легких гимнастических упражнений или физических упражнений низкой интенсивности (например, движения в конечностях, ходьба). Это очень важная переходная фаза, позволяющая скелетно-мышечной, сердечно-сосудистой и дыхательной системе подготовиться к физической нагрузке. *Активная фаза* - это фаза сердечно-сосудистая или аэробная. Длится 20-60 мин. *Период остывания* - обычно длится от 5 до 10 мин. Так же, как и при разминке, могут использоваться упражнения низкой интенсивности, такие как ходьба, или потягивания. Этот период важен для предотвращения снижения давления при резком прерывании физической нагрузки.

Основные принципы оптимизации ФА: частота занятий — 3 раза в неделю считается оптимальной; продолжительность занятия 20-60 минут; интенсивность нагрузки контролируется максимальной частотой сердечных сокращений (МЧСС); рекомендуемый режим нагрузки: умеренной интенсивности (от 50 до 70% МЧСС) или интенсивная (70% МЧСС и более).

Индивидуальные рекомендации к физической активности:

-если клиент относится к группе «Не имеющие намерений - «Встать со своего кресла», необходимо помочь клиенту определить потенциальную пользу физической активности, определить причины, почему он не занимается физической активностью;

-если клиент относится к группе «Раздумывающие - «Планирование первого шага» - клиент планирует тип, место, время, продолжительность занятий и социальную поддержку, в процессе занятий, согласно разработанному плану, социальный работник должен контролировать частоту, продолжительность и интенсивность нагрузки;

-если пациент относится к группе «Физически активные - «Не терять темп» - врач анализирует уровень физической активности клиента, разрабатывает рекомендации.

Эрготерапия-целенаправленная, имеющая для человека значение, деятельность помогает улучшить его функциональные возможности (двигательные, эмоциональные, когнитивные и психические). На фоне применения эрготерапии происходит активация когнитивных процессов посредством их тренировки (тренингов памяти и внимания); активное получение новой информации в виде чтения, активного прослушивания аудиокниг, целенаправленного просмотра фильма, при этом просмотр телепередач не сопровождается активацией в силу инертности данного вида деятельности.

Так же при занятиях эрготерапией происходит обучение новым навыкам: сильное освоение профессиональных навыков; освоение пользования персональным компьютером; освоение пользования сетью Интернет; освоение пользования сотовым телефоном.

В системе долговременного ухода с целью нормализации функции применяется только *лечебный массаж*. Из всех видов массажа преимущество принадлежит ручному классическому массажу, в методике проведения которого предпочтение отдают малой и средней силе воздействия рук массажиста.

Физиотерапия у клиентов старших возрастных групп во внестационарных условиях назначается не часто, назначаются лишь крайне необходимые процедуры при отсутствии противопоказаний к их назначению. Наиболее предпочтительными методами являются: УФО, магнитолазерная терапия.

Так как одной из основных задач долговременного ухода является улучшение качества жизни клиентов, необходимо проведение консультации с родственниками по осуществлению долговременного ухода.

Одним из основных методов, используемых в долговременном уходе, является *психологическая коррекция и психологическая помощь*. Особенности психологического статуса клиентов долговременного ухода являются безразличие, пессимизм, снижение интереса к событиям, которые происходят за пределами дома, постоянное чувство одиночества.

Поэтому целью психотерапии клиентов является *реадаптация* их к условиям окружающей действительности, повышение самооценки, усиление независимости, восстановление стимулов к жизни.

Основными задачами психологической службы являются: оценка существующих психологических проблем, коррекция психологических проблем на всех этапах ведения клиента.

Психотерапия – это система лечебного воздействия на психику и через психику на организм человека. Арсенал ее методов простирается от психоанализа до нейролингвистического программирования и настолько широк, что нецелесообразно даже пытаться перечислить все направления. Приемы каждого подхода описаны в соответствующих руководствах. Каждой школой психотерапии активно проводятся тренинги по обучению навыкам. Психотерапией, в полном смысле, имеет право заниматься сертифицированный врач-психотерапевт либо клинический психолог. Частными же элементами психотерапевтического воздействия может овладеть при желании и неспециалист в данной области.

Для коррекции когнитивных нарушений у клиентов пожилого возраста активно используются: *реминисцентная интегративная терапия, валидационная терапия и терапия, ориентированная на реальность.*

Реминисцентная интегративная терапия построена на воспоминаниях пожилых клиентов, им помогают принять прошлые негативные события, неразрешенные конфликты. Задача - помочь клиенту изменить направление мышления с прошлых проблем, через систему копинг – стратегий сосредоточить на цели, которые больше отвечают существующим условиям жизни.

Валидационная терапия основана на основе признания реальности болезни, осмысления ряда переживаний, поиска причин поведения, и включает специфические приемы работы с клиентом, основанные на исследовательском интервьюировании.

Терапия, ориентированная на реальность – система интервенций, позволяющих улучшить качество жизни пожилых клиентов, ориентация получателя социальных услуг в реальности, которая соответствует его биопсихосоциальному состоянию. Ориентация в реальности позволяет получателям социальных услуг улучшить самочувствие получателя социальных услуг, повышает его самооценку, помогает объективно оценивать свои возможности во взаимодействиях в окружающей среде.

3.4.2.1 Другие методы медико-социальной реабилитации клиентов в системе долговременного ухода

Терапия творческим самовыражением: создание творческих произведений (проза, поэзия, фотография, графика, живопись); создание произведений научных и технических; чтение литературных произведений (поэзия, проза, драматургия); просмотр живописных полотен; прослушивание музыкальных произведений; научное творчество; творческое общение с природой; проникновенно-творческое погружение в прошлое; творческое коллекционирование

ние; ведение дневника и записных книжек; переписка с персоналом; творческий поиск одухотворенности в повседневном.

Использование релаксационных методик: прогрессивная релаксация (аутотренинг); ароматерапия; светотерапия.

Обсуждается вопрос применения *метода биологически обратной связи* – технология, которая с помощью компьютерной техники предъявляет субъекту информацию о состоянии и изменении тех или иных собственных физиологических процессов. Включает в себя исследовательские, лечебные, профилактические и физиологические процедуры. Позволяет развить навыки саморегуляции психофизиологических механизмов за счет тренировки и повышения лабильности регуляторных механизмов. В функцию приборов последней генерации (например, «Реакор») входит придание процессу тренировки видимости игры.

Терапия произведениями живописи основывается на гипотезе о том, что просмотр художественных картин (как активный, так и пассивный) может вызывать изменения в психофизиологическом состоянии человека – положительные и отрицательные.

Музыкотерапия осуществляет благотворное воздействие на различные психофизиологические сферы человека (сердцебиение, дыхание, эмоциональную, когнитивную, двигательную и пр.) посредством специально подобранных музыкальных композиций, выстроенных в определенной последовательности. Рекомендуется использовать профессиональные подборки музыки, служащие различным целям.

4. МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА

4.1. ОБЪЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА

В настоящий момент целостной системы долговременного ухода в Российской Федерации не существует — требуемые для нуждающихся уход и медицинское обслуживание осуществляются органами здравоохранения и социального обеспечения независимо друг от друга. Поэтому, современная модель клинической социальной работы при осуществлении долговременного ухода и в стационарных учреждениях и при надомном обслуживании должна строиться исходя из складывающихся современных тенденций в российском обществе.

К этим тенденциям необходимо отнести:

- развитие процессов деинституционализации, реформирование учреждений здравоохранения, специальных учреждений для детей и взрослых с проблемами психического здоровья;
- переход с технологий обеспечения, на технологии активизации и самопомощи населения, где идеология самопомощи начинают играть более существенное значение, чем идеология патронажа и содействия, которые реализуются только в индивидуальных кризисных ситуациях;
- формирование в обществе инклюзивных тенденций, когда люди с ограниченными физическими и ментальными возможностями интегрируются в сообщество на основе прав и свобод, на основе проведения последовательной антидискриминационной политики правящими элитами.

В этой связи основными потребителями услуг долговременного ухода становятся люди, находящиеся в ситуации ограничения жизнедеятельности, социальной дезадаптации и изоляции, которые не могут в силу своих физических, ментальных, сенсорных, эмоциональных и других ограничений самостоятельно интегрироваться в систему социальных отношений и институтов.

Поэтому специализированная социальная работа, направленная на улучшение функционального статуса пожилого человека, получателя услуг по долговременному уходу, может содействовать успешной реинтеграции человека в общество с одной стороны, и улучшения качества жизни клиента, с другой стороны.

Существующая на данный момент практика осуществления долговременного ухода характеризуется следующими проблемами:

- отсутствие системы прогнозирования потребностей в уходе — текущие оценки потребности не отражают реальную ситуацию;
- отсутствие единых принципов оценки состояния людей, нуждающихся в уходе, отнесения их в ту или иную группу и правил их дальнейшей маршрутизации, т. е. определения форматов и мест оказания ухода;
- отсутствие единых стандартов осуществления ухода;
- межведомственная разобщенность;
- отсутствие простого доступа к информации о пациентах для специалистов в различных сферах;
- недостаточность стандартных протоколов взаимодействия и коммуникации;
- отсутствие единых стандартов контроля процесса и результатов ухода;
- несбалансированность количества разных типов учреждений, обеспечивающих уход;
- острый дефицит кадров для обеспечения ухода;
- отсутствие единой системы обучения и переподготовки специалистов в области долговременного ухода;
- отсутствие системы поддержки родственников, осуществляющих уход;
- недостаточная информированность семей, задействованных в уходе, о возможности получения помощи.

Для эффективного функционирования СДУ необходимо создать механизмы регулярного мониторинга потребности в долговременном уходе, нацеленные на максимально объективное выявление количественных показате-

лей этой потребности. Данные механизмы должны быть ориентированы на решение следующих ключевых задач:

- среднесрочное и долгосрочное прогнозирование потребности в долговременном уходе на основе статистических данных для определения структурных изменений в СДУ, необходимость в которых возникнет в будущем;
- выявление текущей потребности в долговременном уходе у конкретных людей, нуждающихся в уходе, но не всегда имеющих возможность заявить о своей нуждаемости.

4.2 ОБЩАЯ МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА

Основные задачи системы долговременного ухода

В настоящее время основными задачами системы долговременного ухода в РФ являются:

1. Разработка и внедрение системы выявления реальной потребности в уходе, включающей все органы исполнительной власти и общественные организации.
2. Создание реестра нуждающихся в помощи на основе общепринятых в мировой практике инструментов оценки (типизации), с применением дополнительных критериев, таких как социальный статус или финансовая обеспеченность нуждающегося.
3. Определение методов долговременного ухода и мест его оказания (маршрутизация) с учетом потребностей нуждающегося и возможности его выбора.
4. Разработка и внедрение единых стандартов осуществления ухода и реабилитации, а также стандартов контроля процесса и результатов ухода.
5. Создание единого координационного центра с функциями диспетчера и социального координатора, обеспечивающего эффективное взаимодействие всех участников СДУ.

6. Актуализация федеральной и региональной нормативно-правовой базы, обеспечивающей взаимодействие организацией, вовлеченных в СДУ (межведомственное взаимодействие).

7. Создание работающей системы кадрового обеспечения, опирающейся на профессиональные стандарты, актуализированные штатные расписания учреждений, вовлеченных в пилотный проект СДУ, учебно-методологическую базу подготовки и переподготовки специалистов СДУ.

8. Дооснащение необходимыми средствами материально-технического обеспечения учреждений, вовлеченных в реализацию пилотного проекта СДУ.

9. Обеспечение условий поддержки и развития неформального (семейного/соседского ухода) как ключевого и самого массового сегмента СДУ, предусматривающих информирование, обучение, компенсации и механизмы стимулирования и поддержки людей, осуществляющих неформальный уход в домашних условиях.

10. Создание системы информирования о возможностях СДУ в т.ч. создание интернет сайта и программы обучения полезным навыкам лиц, нуждающихся в уходе и их окружения.

11. Создание сбалансированной системы учреждений, включающей стационары с интенсивным уходом и реабилитацией, полустационары в форме дневных центров и надомное обслуживание, в том числе в форме медико-социальных патронажных служб, с присвоением определенного количества часов сиделки на основании нуждаемости в уходе.

Общая модель социальной работы в системе долговременного ухода в РФ должна строиться на многократно апробированных инструментариях решения поставленных задач, предлагаемых Всемирной организацией здравоохранения и широко применяемых в разных странах для оценки общей потребности в долговременном уходе.

4.2.1 Блоки функционирования модели системы долговременного ухода

Основной задачей этих инструментариев является оценка функциональных показателей здоровья, функционального уровня и вариативности в функциональной нагрузке.

К таким инструментариям относят: тест «Мини-исследование умственного состояния» (MMSE) для измерения когнитивных функции, тест Бартел или шкала IADL для определения степени независимости клиента от посторонней помощи в повседневной жизни способность к самообслуживанию, индекс Нортон или шкала Ватерлоу для определения риска возникновения пролежней, Шкала «Оценка двигательной активности» для оценки риска падений и потери независимости клиента от посторонней помощи и т.д.

Для функционирования Модели социальной работы в системе долго-временного ухода целесообразно определить:

- методики оценки нуждаемости граждан в долговременном уходе;
- перечень регулярно обновляемых статистических данных;
- многоканальную систему мониторинга нуждаемости (социальные службы, органы здравоохранения, региональные органы ПФР, совет ВОВ, почта РФ, МВД, родственники и др.) с учетом демографической и географической специфики региона;
- механизмы межведомственного взаимодействия;
- состав необходимых для нормального функционирования системы мониторинга нормативных документов.

Для общей Модели системы долговременного ухода необходима разработка методической базы, состоящей из следующих блоков (рис.2):

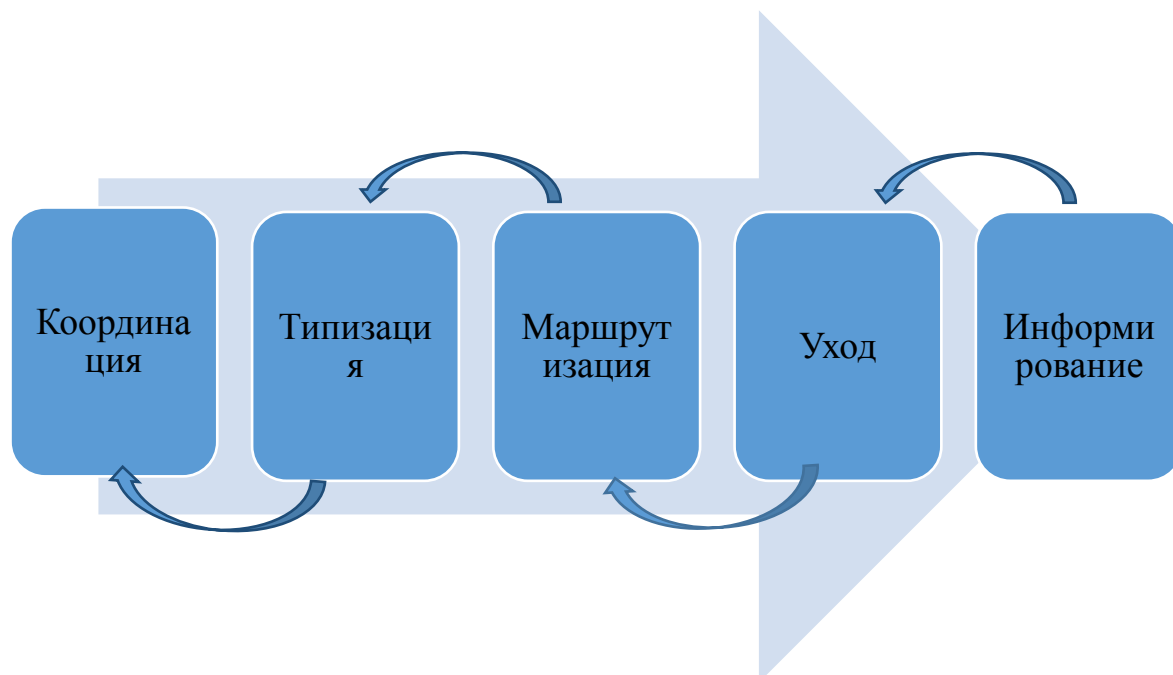


Рис.2 Основные блоки функционирования Модели Системы долговременного ухода в РФ

- координация: базы данных, информационные системы, позволяющие осуществлять сбор и анализ данных о потенциальных и существующих пациентах СДУ, их социальном статусе, потребности в уходе, текущем состоянии и динамике его изменения. Данные информационные решения должны стать инструментом обеспечения эффективного взаимодействия ведомств, вовлеченных в функционирования СДУ;

- типизация: шкалы, методики оценки степени нуждаемости существующего или потенциального пациента СДУ в уходе. Это позволит на основе единых принципов оперативно оценить состояние пациента, чтобы в дальнейшем выбрать соответствующие методы ухода. Решение этой задачи возможно на основе активно используемых в мировой и отечественной практике инструментов — функциональных показателей ADL и IADL, тестов Бартел, методов измерения когнитивных функций MMSE и др.

Другой, немаловажной составной частью типизации является оценка социального статуса и финансового состояния пациента для определения по-

тенциальной возможности осуществления долговременного ухода в домашних условиях, без помещения в стационар.

- маршрутизация: определение методов ухода и мест его оказания на основе выявленных по результатам типизации потребностей (например, помещение в стационарное учреждение, организация социального обслуживания на дому, в т. ч. с привлечением службы сиделок, помещение в социальную семью, помещение на паллиативную койку в медицинскую организацию, организация поддержки неформального семейного (родственного) ухода и т. д.);

- уход: протоколы и стандарты долговременного ухода для всех видов ухода, которые могут быть выбраны по результатам типизации потребностей. Данная стандартизация позволит не только обеспечить единый уровень обслуживания вне зависимости от социального статуса пациента и географии его положения, но и создаст реальную базу для оценки потребности в персонале, вовлеченном в СДУ, и необходимом медицинском и реабилитационном оборудовании;

- информирование: методы информирования населения о возможностях СДУ и способах доступа к ней, а также обучение полезным навыкам, способным облегчить уход, пациентов СДУ и людей их окружающих (членов семей, соседей и т. д.).

При этом, все составляющие блоки Модели СДУ реализуются последовательно и взаимосвязаны друг с другом.

Важной проблемой, требующей решения, является отсутствие единой и эффективной системы контроля качества осуществления долговременного ухода. На текущий момент не разработаны способы оценки качества предоставляемых услуг.

Следует отдельно отметить, что объектами контроля в системе долговременного ухода должны стать:

- процесс долговременного ухода;
- результаты долговременного ухода;

- целевое расходование средств, выделяемых на финансирование ухода.

Для контроля качества в РФ систему долговременного ухода необходимо сделать максимально открытой за счет: контроля со стороны родственников и посещения родственниками; визитов волонтерских организаций; свободных посещений прессой и правозащитными организациями; сочетания методов опроса и наблюдений.

4.3. ТЕХНОЛОГИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МОДЕЛИ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА

Учитывая, что важным принципом выстраивания системы долговременного ухода является сохранение пребывания гражданина в привычной благоприятной среде и приоритетной формой обслуживания гражданина является предоставление ухода на дому, возрастает роль социальных служб в осуществлении долговременного ухода.

4.3.1 Определение необходимости в долговременном уходе у получателя социальных услуг

Первичный контакт с клиентом в практике социальной работы при предоставлении ухода на дому имеет общие подходы характерные для работы со всеми типами клиентов. Это характерно как для терапевтических процедур, так и для системы первичного оценивания ситуации.

Первичная оценка ситуации получателя социальных услуг

Первичная оценка строится на основе биопсихосоциального подхода, позволяющего осмыслить своеобразие случая исходя из индивидуальных биологических, психологических, социальных особенностей получателя социальных услуг, и имеет форму стандартизированного опросника.

Вопросник имеет стандартизированную форму оформления и заполнения ответов получателя социальных услуг. Основные разделы вопросника направлены на выяснение общего характера проблемы, особенностей соци-

ального функционирования получателя социальных услуг в процессе жизнедеятельности и анализ клиентской системы поддержки, с выявлением сильных сторон и возможных ресурсов. Ниже приведена одна из методик описания проблемного случая, позволяющая проанализировать проблемы в основных ее сферах (табл.5).

Таблица 5. Методика определения проблемы у клиента в основных сферах

1. Особенность проблемы получателя социальных услуг		
<i>Причины обращения за помощью</i>	<i>События, послужившие к обращению за помощью</i>	<i>Компетенции получателя социальных услуг</i>
Что заставило получателя социальных услуг обратиться за помощью сейчас, а не раньше?	Когда возникли первые проблемы? Это давняя нерешенная проблема или она появилась недавно?	Каковы уникальные способности, навыки, установки, мотивация, сильные стороны и возможности получателя социальных услуг?
Как клиент пытался решить проблему ранее (и с какими результатами)?	Как долго проблема продолжается? Частота - как часто возникает проблема?	Каковы конкретные сильные области получателя социальных услуг ?
Как клиент определяет наличие проблемы? Каковы вероятные причины проблемы?	Предпосылки того, что происходит непосредственно перед возникновением проблемы? Последствия - что происходит сразу после возникновения проблемы?	Каковы показатели устойчивости ? Какие компетенции должны быть усилены или поддерживаться? Какой жизненный опыт может быть мобилизован, чтобы стимулировать и поддерживать процесс изменений? Какие клиентские ресурсы возможны для решения проблемы? Как клиент относится к соци-

		альному работнику, есть ли трудности в раскрытии проблемы?	
2. Биопсихосоциальное функционирование получателя социальных услуг			
<i>Индивидуальность</i>			
<p><i>Особенности когнитивного функционирования получателя социальных услуг, как воспринимает проблемы?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Какие свидетельства доказывают, что клиент может рационально подходить к решению проблемы? • Какие существуют объективные признаки рационального/иррационального мышления? 	<p><i>Особенности эмоционального функционирования получателя социальных услуг, какие существуют факты, свидетельствующие об эмоциональной неуравновешенности получателя социальных услуг?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Как клиент управляет эмоциями в проблемной ситуации? • Поведенческое функционирование получателя социальных услуг в проблемной ситуации? • Существуют ли 	<p><i>Физиологичное функционирование получателя социальных услуг, были ли обращения в медицинские учреждения в течение последнего года? Если да, то каковы причины обращения?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Были ли у получателя социальных услуг в последнее время болезни или операция? • Какие есть доказательства употребления лекарств и/или алкоголя? <p>Клиент принимает какие-либо лекарства?</p>	<p><i>Психическое функционирование, существуют ли внешние проявления патологических состояний: общий вид, одежда, поза, проксемика.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Наблюдаются ли нарушения в мышлении (галлюцинации, бред и т.д.)? • Наблюдаются ли нарушения в сознании (память, внимание и т.д.)? • Есть ли нарушения в эмоциональной

	у получателя социальных услуг особенности в поведении? Есть ли нарушения?	•Принимает ли клиент психоактивные вещества?	сфере (аффекты, несоответствия настроения и т.д.)?
--	---	--	--

Ролевое функционирование получателя социальных услуг

<i>Роли получателя социальных услуг и исполнение ролей, какие роли выполняет клиент (супруг и/или родитель)?</i>	<i>Индивидуальные истории</i>	<i>Межличностные отношения</i>	<i>Структура семьи</i>	<i>Производственная сфера</i>
-Проблемы получателя социальных услуг, связанные с исполнением ролей?	Изучить сексуальные, супружеские и семейные истории (например, домашнее насилие, жестокое обращение).	-Как воспринимается проблема каждым членом семьи?	Описание семейной системы: включая состав, структуру, границы, сплоченность, гибкость, правила, семейные союзы, семейные традиции, ведение переговоров, решение семейных проблем, своеобразие в схемах взаимодействия.	-Межличностные производственные или учебные вопросы: насколько клиент доволен работой/образовательным учреждением?
-Проблемы получателя социальных услуг, связанные с удовлетворением ролями?	(например, домашнее насилие, жестокое обращение).	-Статус супругов/партнеров получателя социальных услуг?		- Есть показатели успешных достижений?
	-Есть ли правовая история?	-Каково качество интимных отношений получате-		-Есть ли проблемы, связанные с оценкой в производственной сфере, обучении?
	-Чем является семейная жизнь для получателя социальных ус-			-Описать взаимоотношения получателя социальных услуг с коллегами/сверстниками.

<p>-Существуют ли серьезные проблемы с детьми, в браке?</p> <p>-Есть ли другие близкие отношения?</p>	<p>луг?</p> <p>-Клиент может ли вспомнить какие-то конкретные события, повлиявшие на дальнейшие события (развод, смерть родных и т.д.)?</p>	<p>ля социальных услуг?</p> <p>-В каком возрасте клиент вступил в супружеские отношения?</p> <p>- Сколько браков (или партнерских отношений) имел клиент?</p>	<p>Уточнить были ли в последнее время серьезные болезни или смерти в семье?</p> <p>Как клиент может описать родителей и/или братьев и сестер (если таковые имеются)?</p>	<p>-Описать способности получателя социальных услуг взаимодействовать с производственными и учебными группами.</p> <p>- Производственные и учебные истории.</p> <p>-Качество производственных и учебных взаимоотношений.</p>
---	---	---	--	--

3. Клиент в контексте сетей социальной поддержки

<p><i>Социальные аспекты поддержки</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Какие ресурсы есть ли у получателя социальных услуг? • Насколько адекватные материальные ресурсы получателя социальных услуг, (жилье, транспорт, система потребления)? • Что клиент знает о местных ресурсах и возможности их 	<p><i>Кросскультурные аспекты поддержки</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Есть ли какие – либо этнические/культурные аспекты жизнедеятельности получателя социальных услуг? • Является ли принадлежность получателя социальных услуг к этнической или культурной группе источником стресса или поддержки? • Какова степень его аккультурации? • Есть признаки предубеждения или дискриминации со стороны других по отноше-
--	---

<p>использования?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Какие фактические или потенциальные возможности поддержки доступны клиенту в окружающей среде? • Есть ли у получателя социальных услуг доступ к семейной поддержке, к поддержке социальных учреждений ? • Каковы риски и уязвимости в клиентской системе? • Какие факторы осложняют в жизненные и адаптивные процессы получателя социальных услуг? 	<p>нию к клиенту?</p> <ul style="list-style-type: none"> • В какой степени существует изоляция /или участие вне семейных объединений и/или ассоциаций, таких, как этнические или культурные группы? • Как воспринимается клиентом влияние этнической идентификации со стороны культурной группы? • Как социокультурные факторы (такие, как расизм, сексизм, культурные ценности) влияют на работу получателя социальных услуг? • Опишите ситуацию получателя социальных услуг, в которой он стал жертвой социальной и/или экономической несправедливости? • Может ли клиент привлечь ресурсы своей культуры или этнической группы?
---	---

Получение данной информации и ее оценка являются важнейшим компонентом метода решения проблем. Однако здесь существуют свои особенности, которые зависят от инструмента анализа, особенностей запроса получателя социальных услуг, и специализации учреждения помощи, направленность которого может быть на психо- социальную проблематику получателя социальных услуг, или оказание поддержки клиенту в долговременном уходе.

Общие принципы при подходе к оценке (Ш. Лишман):

Принцип первый. Понимание потребностей. Понимание потребностей – ведущий принцип, который определяет стратегии взаимодействия социального работника и получателя социальных услуг. Потребности определяют

характер взаимодействия и стратегии помощи, которые могут быть оперативными, в ситуации кризиса, угроз, необходимости изоляции, и продолжительными, в течение нескольких сессий. Потребность должна оцениваться с объективных, научных позиций, а не с позиций имплицитных представлений получателя социальных услуг или отдельного социального работника. В соответствии с таксономией потребностей П. Брэдшоу, выделяют:

- нормативные потребности (определенные стандартами);
- ощущаемые потребности, (потребности, которые необходимо удовлетворить в ближайшей перспективе);
- выраженные потребности (те, о которых заявляют клиенты).

Принцип второй. Работа с системами и экосистемами. Клиент находится в системных отношениях с окружающим его людьми, институтами и обществом. Согласно концепции У. Бронфенбреннера клиент может взаимодействовать со следующими системами, которые определяют контекст его проблемы:

- микро - система: семья, ближайшее окружение и т.д.;
- мезо - система: взаимодействие двух микро - систем;
- экзо - система: сообщество - внешняя среда;
- макро - система социокультурный контекст.

Данный принцип отражает необходимость подхода к процессу исследования проблемы получателя социальных услуг, учитывая основные социальные сети, влияющие на его жизнедеятельность.

Третий принцип. Опора на сильные стороны. Оценка должна выявлять ресурсы получателя социальных услуг и его ближнего окружения, позволяющими решать проблемы без привлечения ресурсов, или с привлечением ресурсов социального агентства.

Четвертый принцип. Личностно-ориентированный подход в оценке. С одной стороны клиент и его проблема оцениваются, исходя из непосред-

венных интересов нуждающегося субъекта. С другой – человек в своей целостности и уникальности, является предметом исследования.

Пятый принцип. Междисциплинарный подход к оценке. Социальные работники понимают, что анализ ситуации в ее уникальности и неповторимости, возможно, осуществить на основе междисциплинарного исследования различных специалистов. Междисциплинарные исследования определяют более точные параметры проблемы и снижают риски оценки применительно к конкретному случаю.

Социальный работник процесс исследования строит на основе технологий опросника, при этом возможно использовать инструменты генограммы, эко-карты, культурограммы и в отдельных случаях модели духовной генограммы.

В данной модели оценки устанавливаются приоритеты получателя социальных услуг, его возможности, реальные и скрытые ресурсы, как индивидуальные, так и со стороны социальных систем. Осмысляются возможные клинические проблемы и индивидуальные дисфункции, их влияние на социальное функционирование получателя социальных услуг. Данная модель оценки позволяет выстраивать комплексные интервенции на основе ресурсов индивида, социального агентства и ресурсов окружающих социальных систем.

4.3.2 Модификация Индивидуальной программы предоставления социальных услуг системе долговременного ухода

Первичный контакт с клиентом позволяет определить нуждаемость в оказании социальной помощи, на основании чего разрабатывается Индивидуальная программы предоставления социальных услуг. Оценка функционального статуса показывает насколько клиент нуждается в долговременном уходе и применения индивидуального плана ведения клиента, разрабатываемого совместно с медицинскими работниками на основании проведения специализированного гериатрического осмотра и определения гериатрических син-

дромов, приводящих к функциональной недостаточности, снижению качества жизни и социальной неполноценности клиента (рис.3).

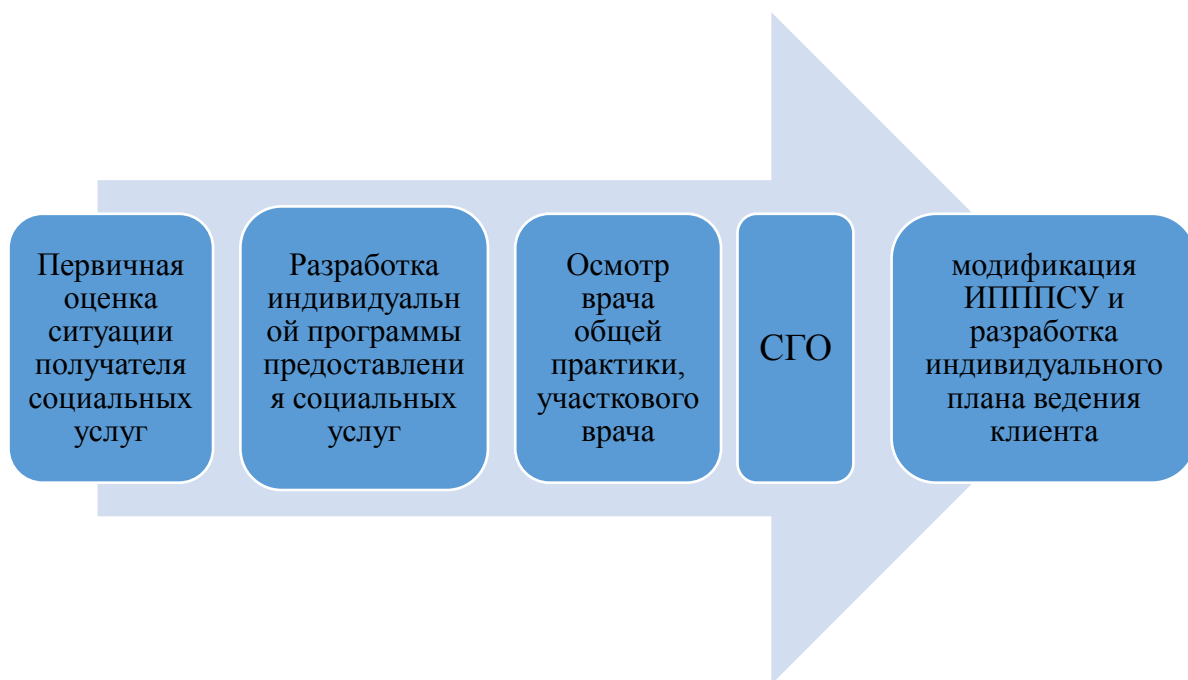


Рис.3 Модификация Индивидуальной программы предоставления социальных услуг в системе долговременного ухода.

Основными проблемами данной модели, с которыми сталкиваются социальные работники, заключаются в оценке потребностей в долговременном уходе. Причинами этого являются:

- заявительный характер помощи, из-за чего в социальные учреждения реально обращается только часть людей, нуждающихся в помощи;
- отсутствие достаточной и качественной информации об объеме возможной оказываемой социальной помощи;
- общие социальные тренды, среди которых изменение психологии людей, предъявляющих более высокие требования к инфраструктуре социальных и медицинских учреждений и в целом системе помощи;
- увеличение количества людей, желающих получить современную квалифицированную помощь, оставаясь у себя дома.

В результате значительное количество граждан, реально нуждающихся в долговременном уходе, остаются вне зоны действия системы, а сама система

социальной защиты оказывается не готова к новым вызовам, обусловленным изменяющимися демографической и социальной ситуациями.

4.3.3. Специфика оценки социальной работы в системе долговременного ухода

В практике социальной работы в системе долговременного ухода, сложились определенные домены проблем, которые решают профессионалы, к таким проблемам можно отнести:

- эмоциональные проблемы (депрессии, тревоги, эйфории и т.д.);
- соматические проблемы (психосоматические расстройства, расстройства пищевого поведения и т.д.);
- поведенческие проблемы (нарушения поведения, пассивно-агрессивное поведение, рискованное поведение и т.д.);
- производственные проблемы (профессиональные, обучения и т.д.);
- институциональные проблемы (брачно-семейные проблемы, проблемы воспитания и т.д.).

Оценка в моделях технологии социальной работы строится исходя из системного подхода к ситуации получателя социальных услуг, где он осмысливается в системе важнейших средовых факторов. Таким образом, модель оценки получателя социальных услуг осмысливается в логике концептов «личность-в-окружающей среде», в основе которой концепции социального функционирования и человека в системе окружающей среды. Такое системное понимание получателя социальных услуг, позволяет, согласно исследованиям Дж. Карлсон и К. Вандрей, социальным работникам:

- оперировать общим языком описания проблем клиентов на различных уровнях функционирования;
- оперировать общими подходами к психосоциальным феноменам;
- иметь общие основания для сбора данных, необходимых для оценки потребностей в услугах;

- осуществлять коммуникации между различными профессиональными группами, имеющие свои предметные языки и инструменты оценки.

Оценка в системе долговременного ухода сталкивается с проблемой отсутствия единой и эффективной системы контроля качества осуществления долговременного ухода, так как объектами контроля в системе долговременного ухода являются процесс долговременного ухода, результаты долговременного ухода и контроль целевого расходования средств, выделяемых на финансирование ухода. При этом в системе долговременного ухода систему контроля качества необходимо сделать максимально открытой за счет контроля со стороны родственников и посещения родственниками, визитов волонтерских организаций, свободных посещений прессой и правозащитными организациями, сочетания методов опроса и наблюдений.

4.3.4 Специфика интервенций в социальной работе при осуществлении долговременного ухода

Клинические интервенции, это система директивных интервенций, направленных на решение проблем индивида, семьи, группы. В основе практики интервенций – методы лечения и профилактики психосоциальных дисфункций, эмоциональных и психических расстройств, работа с проблемами психического здоровья.

Клинические интервенции реализуются в системном подходе к получателям социальных услуг.

Базовые принципы клинических интервенций:

- диагностический процесс основывается на критическом изучении проблем клиентов, относительно которых запрашивается помощь, необходимо всестороннее понимание ситуации, при этом большое внимание уделяется отдельным деталям;

- диагноз основывается на знании социальным работником взаимосвязи социальных и психологических факторов, влияющих на получателя социальных услуг;
- в процессе диагностики проблем получателя социальных услуг внимание сфокусировано на взаимодействие внешних и внутренних сил, процесс диагностики несет в себе терапевтические функции;
- проблема получателя социальных услуг должна осмысляться с позиций нескольких теорий, подходов, моделей;
- понимание психодинамики, патологических симптомов и гериатрических синдромов получателя социальных услуг, определяет систему интервенций, которая может быть реализована на практике;
- для решения проблем получателя социальных услуг в системе долговременного ухода необходимо определить степень потери физического функционирования пожилого человека, его индивидуальные ресурсы и возможности позитивного изменения.

Интервенции социального ухода и терапии

Данные интервенции связаны со спецификой групп, которые имеют проблемы с социальным функционированием. Пожилых клиентов, можно отнести к виктимным группам, которые помимо проблем биопсихосоциального развития, чаще, чем другие группы, являются жертвами насилия, пренебрежения, агрессии.

Основные интервенции в отношении клиентов пожилого возраста

Интервенции данной группы клиентов связаны с различными проблемными полями, среди которых можно выделить:

- психологические проблемы;
- проблемы с социальной изоляцией;
- проблемы в семейных отношениях;
- проблемы с психическим и физическим здоровьем;
- проблемы с клиническими рисками.

Психологические проблемы, согласно исследованиям Э. Эриксона, связаны с нерешенными проблемами предыдущих этапов развития человека, и они могут существенно осложнять социальное функционирование на последних этапах жизни. Не менее сложной проблемой являются состояния депрессии, которые могут быть вызваны ситуациями горя и утраты, которые порождают различные страхи, например, страх одиночества. Данные проблемы могут вызывать эмоциональные реакции от *социальной изолированности* до *суицидальных состояний*.

Проблемы семейных отношений связаны с изменением ролей родительства. Старшие члены семьи с возрастом становятся все более зависимыми от своих детей, особенно в ситуациях недееспособности. Проблемы могут быть связаны со стереотипами ухода, особенно когда родители ухаживали за своими пожилыми родителями, и предполагали, что данное поведение будет характерным для их детей. Однако, проблема ухода за родителями может принимать иные формы, что может приводить к различным психологическим травмирующим формам.

Клинические риски, связанные с жестоким отношением к людям старшего поколения, в практике социальной работы, агрессивное поведение со стороны молодых и сильных, определяется как эйджизм. Другим фактором является ограничение активности пожилых людей в повседневной жизни, ограничения в перемещении в окружающей среде. Для людей пожилого возраст опасность представляется в ситуации бесконтрольного употребления медикаментозных препаратов, особенно с алкоголем. Алкоголизм в старческом возрасте является специфической проблемой, как и проблемы с различными формами деменции.

Социальные риски в большей степени связаны с потерей родственных, дружеских связей вследствие либо потери близких, либо невозможности общения с ними из-за проблем со здоровьем (например, не может ходить в гости из-за болевого синдрома вследствие заболевания суставов и т.д.)

Основными формами интервенций являются различные модели индивидуальной и групповой терапии. Клинические интервенции имеют направления когнитивно-поведенческой терапии, поддерживающей терапии, методы психоанализа.

Специальными интервенциями для клиентов пожилого возраста являются модели реминисцентная интегративная терапия, валидационная терапия, терапия, ориентированная на реальность. К интервенциям ухода относят модели долгосрочного ухода за пожилыми людьми, которые принимают различные формы: от программ и стационарного обслуживания на дому, до институциональной поддержки в профильных институтах поддержки, приемных семьях.

Реминисцентная интегративная терапия построена на воспоминаниях пожилых клиентов, им помогают принять прошлые негативные события, неразрешенные конфликты. Основная задача реминисцентной интегративной терапии - помочь получателям социальных услуг изменить направление мышления с прошлых проблем, через систему копинг – стратегий сосредоточить на цели, которые больше отвечают существующим условиям жизни.

Валидационная терапия. Интервенции данной модели помощи предназначены пожилым, которые имеют когнитивные нарушения, диагноз на основе деменции. Терапия основана на основе признания реальности болезни, осмысления ряда переживаний, поиска причин поведения, и включает специфические приемы работы с клиентом, основанные на исследовательском интервьюировании.

Терапия, ориентированная на реальность – система интервенций, позволяющих улучшить качество жизни пожилых клиентов, ориентация получателя социальных услуг в реальности, которая соответствует его биопсихосоциальному состоянию. Ориентация в реальности позволяет получателям социальных услуг улучшить самочувствие получателя социальных услуг, повышает его самооценку, помогает объективно оценивать свои возможности во взаимодействиях в окружающей среде.

Интервенции долгосрочного ухода за пожилыми клиентами реализуются в моделях ухода на дому, в приемных семьях либо в домах-интернатах для престарелых.

Модели помощи в приемных семьях или домах-престарелых направлены клиентам, которые неспособны проживать самостоятельно из-за физического или психического состояния. Их биопсихосоциальные особенности определяют требования к системным интервенциям, которые должны обеспечивать их жизнедеятельность. Данные виды интервенций направлены на помощь клиентам в осуществлении ежедневной личной гигиены, помощь в медико-социальной реабилитации, организации ежедневного досуга, организации перемещений в учреждения здравоохранения и учреждения культуры, осуществлении питания клиентов, предоставлении необходимых лекарств, предоставлении социального взаимодействия.

Интервенции реабилитации и абилитации

Интервенции в отношении клиентов с проблемами физического здоровья

Интервенции в отношении данных клиентов будут связаны с проблемами социального функционирования, проблемами взаимоотношений в социальной среде, осложнениями в семейных отношениях. Основными проблемами клиентов с особенностями физического здоровья, как считают исследователи, являются:

- депрессии, как следствие утраты физических возможностей и социальной изоляции;
- беспокойства, связанные с невозможностью осуществлять полноценное социальное функционирование в следствии инвалидизации;
- хроническая инвалидность, неподвижность, приводящая к отчаянию;
- беспомощность в ситуации хронической боли, неподвижности, осложняющих жизнедеятельность клиента.

Основными интервенциями, осуществляемые социальными работниками, в подходах к проблемам данной группы клиентов являются медико-социальная реабилитация, профессиональная реабилитация и профессиональное консультирование, методы социальной поддержки, как самих клиентов, так и их семей.

Среди методов реабилитации особое место занимают социально-психологическая терапия и методы оккупациональной терапии.

Одним из направлений социально-психологической терапии является *когнитивно-поведенческая терапия*, которая способствует адаптации человека к новым условиям жизнедеятельности, позволяет снимать беспокойства, повышает самооценку, противодействует различным формам депрессии.

Оккупациональная терапия – направление реабилитации клиентов, утративших физические возможности. Интервенции направлены на поддержку человека в повседневной жизни, формирование у него навыков самообслуживания и самообеспечения в новой реальности.

Процесс реабилитации сфокусирован на трех направлениях:

- развитие функциональной подвижности в новых условиях жизнедеятельности (самообслуживание, гигиена, питание);
- развитие возможно допустимых навыков к новой профессиональной деятельности;
- помощь в осуществлении социальной и рекреационной деятельности.

Оказание помощи в системе паллиативного ухода

Данные интервенции осуществляются как отдельному индивиду, так и семье, имеющего родственника с подтвержденным диагнозом. Интервенции клиентам осуществляются на основе следующих подходов:

- предоставление необходимого медицинского обслуживания на основе симптоматики получателя социальных услуг;
- предоставление необходимого ухода (комфорт, гигиена и т.д.);
- адресная поддержка в ситуациях эмоционального дистресса;

- обеспечение духовной поддержки на основе конфессиональных и культурных особенностей получателя социальных услуг.

Социальный работник удовлетворяет базисные потребности клиентов на основе индивидуального социального обслуживания и адвокати́рования, при этом он осуществляет следующие специфические интервенции:

- осуществляет посреднические коммуникации между клиентом, родственниками и медицинским персоналом;
- оказывает услуги безнадежно больным людям;
- осуществляет контроль по предоставлению медицинских, психологических, социальных услуг безнадежно больным людям;
- осуществляет совместно с другими профессионалами программы хосписа по паллиативному уходу;
- составляет индивидуальный план ухода за конкретным клиентом;
- обеспечивает безнадежно больных людей коммуникациями с семьей, родственниками, друзьями, представителями духовных организаций на основе его запроса.

Таким образом, внедрение системы долговременного ухода в РФ – это поэтапный однонаправленный системный многоуровневый междисциплинарный процесс, требующий разработки методического инструментария для оценки необходимости в долговременном уходе, повышения компетенций в вопросах специализированного ухода, медико-социальной реабилитации и в вопросах геронтологии и гериатрии всех участников системы долговременного ухода, разработки преодоления рисков для всех участников процесса долговременного ухода и оценки качества предоставляемых услуг в системе долговременного ухода.

Геронтологическая служба и служба долговременного ухода с новыми подходами (старческая астения, гериатрические синдромы, комплексная гериатрическая оценка, клиническая социальная работа) находится на начальном этапе развития и формирования. Для развития службы необходимо дальнейшее развитие специализированных подходов в системе социальной

защиты, обеспечение тесного взаимодействия, командной работы с медицинскими службами, обеспечение совместного патронажа пациентов; система подготовки специалистов.

5. МОДЕЛЬНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Модель нормативно-правовых актов реализуется непосредственно на базе законодательства, которое реализуется в отечественной практике социальной защиты.

Клиническая социальная работа должна реализовываться в учреждениях социальной защиты на основе единого классификатора предоставления услуг.

В соответствии с Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 30 июня 2017 г. N 542н "Об утверждении Порядка формирования классификатора мер социальной защиты (поддержки), его актуализации и использования участниками информационного взаимодействия при размещении информации в Единой государственной информационной системе социального обеспечения". Утвержден Порядок формирования классификатора мер социальной защиты (поддержки), его актуализации и использования участниками информационного взаимодействия при размещении информации в Единой государственной информационной системе социального обеспечения (ЕГИССО).

Классификатор представляет собой базовый госинформресурс, формирующий информацию о мерах соцзащиты (поддержки), социальных услугах, предоставляемых в рамках социального обслуживания и государственной социальной помощи, иных социальных гарантий и выплат населению в соответствии с классификацией информации (классы, группы, виды и другие признаки). Он формируется в составе ЕГИССО. Оператором системы является ПФР. Установлены его функции.

Развитие системы долговременного ухода реализуется согласно подпункту «г» пункта 3 перечня поручений Президента Российской Федерации от 23 августа 2017 г. №Пр-1650, пунктом 13 поручения Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец от 31 августа 2017 г. № ОГ-П44-5804 по итогам встречи Президента Российской Федера-

ции с представителями социально ориентированных некоммерческих организаций, благотворительных организаций и волонтерского движения 26 июля 2017 г.

В рамках клинической работы *с инвалидами*, реализуются нормативные подходы, определяемые современным законодательством, которая определена законодательством о социальной защите инвалидов.

Социальная защита инвалидов - система гарантированных государством экономических, правовых мер и мер социальной поддержки, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества (часть в редакции, введенной в действие с 1 января 2005 года Федеральным законом от 22 августа 2004 года N 122-ФЗ).

Клиническая социальная работа в учреждениях социальной защиты связана с технологиями реабилитации и абилитации инвалидов, которые имеют основные направления, прописанные в законодательстве РФ.

Основные направления реабилитации и абилитации инвалидов включают в себя. (Абзац в редакции, введенной в действие с 1 января 2016 года Федеральным законом от 1 декабря 2014 года N 419-ФЗ):

- медицинскую реабилитацию, реконструктивную хирургию, протезирование, санаторно-курортное лечение; (Абзац в редакции, введенной в действие с 1 января 2016 года Федеральным законом от 1 декабря 2014 года N 419-ФЗ);
- профессиональную ориентацию, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах), производственную адаптацию; (Абзац в редакции, введенной в действие с 1 января 2016 года Федеральным законом от 1 декабря 2014 года N 419-ФЗ);

- социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию.

Социальное сопровождение инвалидов связано с вопросами реализации и проведения реабилитационных мероприятий, что требует технических средств и услуг. В этой связи, государство гарантирует инвалидам проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств и услуг, предусмотренных федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду за счет средств федерального бюджета. *10.1)

- Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утверждается Правительством Российской Федерации. (Статья в редакции, введенной в действие с 1 января 2005 года Федеральным законом от 22 августа 2004 года N 122-ФЗ *10.2)

- Государство гарантирует инвалидам проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств и услуг, предусмотренных федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду за счет средств федерального бюджета. *10.1)

- Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утверждается Правительством Российской Федерации. (Статья в редакции, введенной в действие с 1 января 2005 года Федеральным законом от 22 августа 2004 года N 122-ФЗ *10.2)

Клиническая социальная работа реализуется в различных учреждениях, в том числе и на основе межведомственной работы, в частности с федеральными учреждениями *медико-социальной экспертизы*.

Федеральные учреждения медико-социальной экспертизы могут при необходимости привлекать к разработке индивидуальных программ реабили-

тации или абилитации инвалидов организации, осуществляющие деятельность по реабилитации, абилитации инвалидов. Порядок разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида и ее форма определяются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социальной защиты населения. (*11.1) (Часть в редакции, введенной в действие с 1 января 2016 года Федеральным законом от 1 декабря 2014 года N 419-ФЗ)

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности. (Часть в редакции, введенной в действие с 1 января 2016 года Федеральным законом от 1 декабря 2014 года N 419-ФЗ).

Объем реабилитационных мероприятий, предусматриваемых индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида, не может быть меньше установленного федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду. (*11.4) (Часть в редакции, введенной в действие с 1 января 2005 года Федеральным законом от 22 августа 2004 года N 122-ФЗ; в редакции, введенной в действие с 1 января 2016 года Федеральным законом от 1 декабря 2014 года N 419-ФЗ).

Клиническая социальная работа реализуется с различными типами клиентов, что определяет действующее законодательство.

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации имеет для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом. Инвалид вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным техническим средством реабилитации или видом реабилитации, включая кресла-коляски, протезно-ортопедические изде-

лия, печатные издания со специальным шрифтом, звукоусиливающую аппаратуру, сигнализаторы, видеоматериалы с субтитрами или сурдопереводом, другими аналогичными средствами. (Часть в редакции, введенной в действие с 10 ноября 2003 года Федеральным законом от 23 октября 2003 года N 132-ФЗ; в редакции, введенной в действие с 1 января 2005 года Федеральным законом от 22 августа 2004 года N 122-ФЗ; в редакции, введенной в действие с 1 января 2016 года Федеральным законом от 1 декабря 2014 года N 419-ФЗ).

Федеральный закон от 20 декабря 2017 г. N 407-ФЗ "О внесении изменения в статью 4.1 Федерального закона "О государственной социальной помощи".

Изменения касаются порядка утверждения норматива затрат на одного гражданина, получающего социальную помощь в виде обеспечения по рецептам лекарствами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов. Полномочия по утверждению норматива переданы Правительству РФ. Ранее он устанавливался федеральным законом.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2012 г. N 991н "Об утверждении перечня заболеваний, дающих инвалидам, страдающим ими, право на дополнительную жилую площадь". Инвалиды могут получить жилое помещение по договору социального найма общей площадью, превышающей норму предоставления на 1 человека (но не более чем в 2 раза). Условие - они страдают тяжелыми формами хронических заболеваний.

В частности, это туберкулез любых органов и систем с бактериовыделением, подтвержденным методом посева. Хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. Множественные поражения кожи с обильным отделяемым. Отсутствие нижних конечностей или заболевания опорно-двигательной системы, в т. ч. наследственный генез, со стойкими нарушениями функции нижних конечностей, требующих применения инвалидных

кресел-колясок. Тяжелые органические поражения почек, осложненные почечной недостаточностью II-III степеней.

Помимо работы с инвалидами одним из направлений является работа с *пожилыми и престарелыми людьми*, причем, не только на уровне работы с ментальными проблемами, но и на уровне их активизации в текущей жизнедеятельности.

Распоряжение от 5 февраля 2016 года №164-р. Ключевые цели Стратегии – устойчивое повышение продолжительности, уровня и качества жизни граждан старшего поколения, стимулирование их активного долголетия.

Документ разработан Минтрудом России в соответствии с поручением Президента России по итогам заседания президиума Госсовета о развитии системы социальной защиты граждан пожилого возраста 5 августа 2014 года (№Пр-2159 от 9 сентября 2014 года, подпункт «а» пункта 1).

Подписанным распоряжением утверждена Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения до 2025 года.

Стратегией определяются цели, принципы, задачи и приоритетные направления государственной социальной политики в отношении граждан старшего поколения.

Ключевые цели Стратегии – устойчивое повышение продолжительности, уровня и качества жизни граждан старшего поколения, стимулирование их активного долголетия.

Приоритетные направления Стратегии:

- стимулирование занятости граждан пожилого возраста;
- повышение уровня их финансовой грамотности;
- обеспечение доступа граждан пожилого возраста к информационным и образовательным ресурсам;
- развитие современных форм социального обслуживания, совершенствование системы охраны здоровья, развитие рынка социальных услуг, защита прав граждан старшего поколения;
- формирование условий для организации досуга пожилых людей;

- применение дифференцированного подхода к определению форм социальной поддержки граждан старшего поколения.

Перечень утвержденных социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг в форме социального обслуживания на дому и в стационарной форме социального обслуживания представлены в Приказе Департамента социальной защиты населения города Москвы «Об утверждении стандартов социальных услуг» № 739 от 26 августа 2015 (Документ зарегистрирован № приказ №739 от 31.08.2015) в рамках реализации Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»

Таким образом, клиническая социальная работа имеет правовые основания для развития ее в учреждениях социальной защиты.

6. ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ В СИСТЕМЕ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА

6.1 Поставщик услуг

Определяется в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

6.8 Получатели услуг

Целевые группы системы долговременного ухода включают в себя следующие категории граждан:

- гериатрические пациенты;
- паллиативные пациенты вне зависимости от возраста;
- граждане РФ с инвалидностью;
- граждане РФ с психическими расстройствами, включая больных деменцией;
- маломобильные пациенты (необратимо и обратимо как результат успешной реабилитации) вне зависимости от возраста;
- граждане РФ, оказывающие родственную и соседскую надомную помощь нуждающимся.

6.9 Цели и задачи

Цель- обеспечение системой необходимой долговременной поддержки со стороны государства пожилым и престарелым гражданам, которые не полностью справляются с самостоятельным уходом, в преодолении кризисных ситуаций и состояний, не позволяющими им реализовывать жизненные потребности, осложняют социальное функционирование, негативно влияют на их психоэмоциональное состояние, воздействуют на психическое и физическое здоровье, наносят вред индивидуальному развитию.

Основные задачи в системе долговременного ухода:

1. Изменение паттернов неадаптивного поведения.
2. Коррекция гериатрических синдромов в рамках медико-социальной реабилитации для улучшения степени независимости в повседневной жизни от посторонней помощи
3. Оказание содействия в реализации жизненных потребностей, учитывая функциональные ограничения.
4. Активизация жизнедеятельности в ситуациях стагнации, психоэмоционального кризиса, кризиса развития.
5. Формирование мотивации членов семьи на дальнейшее получение психологической помощи и/или поддержки в отношении детей с особыми потребностями,
6. Налаживание отношений с отдельными группами, сообществом, окружающей средой.

6.10 Результат

Непосредственный результат

Выполнение основных этапов и комплекса мероприятий в рамках оказания услуги в соответствии с требованиями законодательства и потребностей клиента.

Конечный социально значимый результат

1. Нормализация физического и психологического состояния клиента и построение отношений с отдельными людьми, группами, социальными институтами.
2. Преодоление потребителем социальных услуг кризисной ситуации.
3. Возможность самостоятельного социального функционирования в окружающей среде с учетом функциональных ограничений.
4. Умение поддерживать и развивать социально-значимые контакты в индивидуальном взаимодействии.

6.11 Периодичность

Услуга оказывается постоянно в зависимости от потребности клиента, согласно установленному ИППСУ.

6.12 Единица измерения объема оказания услуги

Граждане старших возрастных групп или граждане, нуждающиеся в долговременном уходе, с функциональными ограничениями, получающие услугу либо в условиях стационарного учреждения, либо на домашнем обслуживании.

6.13 Правовые основания

Настоящая услуга реализуется в соответствии со следующими нормативными правовыми актами международного и российского законодательства:

1. Конституция Российской Федерации.
2. Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
3. Федеральный закон от 8.05.2010 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».
4. Поручения Президента Российской Федерации от 23 августа 2017 г. №Пр-1650.
5. Поручения Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец от 31 августа 2017 г. № ОГ-П44-5804 по итогам встречи Президента Российской Федерации с представителями социально ориентированных некоммерческих организаций, благотворительных организаций и волонтерского движения 26 июля 2017 г.
6. Федеральный закон от 3.11.2006 № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях».
7. Федеральный закон от 10 декабря 1995 г. № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации».

8. Федеральный закон от 24 апреля 2008 г. № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве».

9. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

10. Закон г. Москвы от 9.07.2008 № 34 «О социальном обслуживании населения и социальной помощи в городе Москве» (в ред. от 24.12.2014 г. № 66).

11. Закон г. Москвы от 12.03 2008 № 11 «Об охране труда в городе Москве».

12. Постановление Правительства г. Москва от 26.12 2014 № 829-ПП «О социальном обслуживании граждан в г. Москве».

13. Постановление Правительства г. Москвы от 26.12.2014 № 830-ПП «Об утверждении Порядка организации осуществления регионального государственного контроля (надзора) в сфере социального обслуживания населения в г. Москве».

14. Постановление Правительства г. Москвы от 26.12.2014 № 829-ПП «О социальном обслуживании граждан в г. Москве».

15. Постановление Правительства г. Москвы от 26.12.2014 № 827-ПП «Об утверждении дополнительного перечня категорий граждан, имеющих право на бесплатное предоставление социальных услуг в городе Москве по формам социального обслуживания, установленным Федеральным законодательством».

16. Приказ Правительства г. Москвы «Об организации работы по реализации положений постановления Правительства Москвы от 26.12.2014 г. № 829-ПП «О социальном обслуживании граждан в г. Москве».

6.8. Содержание услуги

Краткое описание

Социальная работа в условиях стационарных учреждений или на дому направлена на обеспечение каждого человека, получателя социальных услуг, не полностью справляющегося с

самостоятельным уходом, системой необходимой помощи в преодолении острой кризисной ситуации, осложняющей социальное функционирование, на основе имеющихся у клиентов функциональных ограничений.

6.8.1 Основные этапы социальной работы включают:

Первоначальный этап – *Координация*, заключающийся в сборе информации через базы данных, информационные системы для осуществления сбора и анализа данных о потенциальных и существующих пациентах СДУ, их социальном статусе, потребности в уходе, текущем состоянии и динамике его изменения.

Немаловажным методом, используемым на всех этапах социальной работы, но имеющий наибольшее значение на первом этапе является *информирование*. Информирование подразумевает под собой использование методов информирования населения о возможностях СДУ и способах доступа к ней, а также обучение полезным навыкам, способным облегчить уход, пациентов СДУ и людей их окружающих (членов семей, соседей и т. д.).

- Этап диагностики и планирования – *Типизация* - применение шкал, методик оценки степени нуждаемости существующего или потенциального пациента СДУ в уходе. Это позволит на основе единых принципов оперативно оценить состояние пациента, чтобы в дальнейшем выбрать соответствующие методы ухода. Решение этой задачи возможно на основе активно используемых в мировой и отечественной практике инструментов — функциональных показателей ADL и IADL, тестов Бартел, методов измерения когнитивных функций MMSE и др. Немаловажной составной частью типизации является оценка социального статуса и финансового состояния пациента для определения потенциальной возможности осуществления долговременного ухода в домашних условиях, без помещения в стационар.

- Основной этап состоит из нескольких подэтапов:

Маршрутизация заключается в определении методов ухода и мест его оказания на основе выявленных по результатам типизации потребностей (например, помещение в стационарное учреждение, организация социального

обслуживания на дому, в т. ч. с привлечением службы сиделок, помещение в социальную семью, помещение на паллиативную койку в медицинскую организацию, организация поддержки неформального семейного (родственного) ухода и т. д.).

Уход: протоколы и стандарты длительного ухода для всех видов ухода, которые могут быть выбраны по результатам типизации потребностей. Данная стандартизация позволит не только обеспечить единый уровень обслуживания вне зависимости от социального статуса пациента и географии его положения, но и создаст реальную базу для оценки потребности в персонале, вовлеченном в СДУ, и необходимом медицинском и реабилитационном оборудовании.

- Завершающий этап заключается в комплексной оценке достигнутых результатов в соответствии с утвержденным планом, проведения методов опроса и наблюдений и получения обратной связи от клиента, родственников и т.д.

6.9. Порядок предоставления услуг

Основание для предоставления

Предоставление услуги осуществляется:

- На основании обращения гражданина или родственников, поступившее обращение подлежит обязательной регистрации и рассмотрению. Регистрация обращения о предоставлении услуги осуществляется в момент его поступления.

Максимальный срок ожидания оказания услуги с момента поступления обращения о предоставлении услуги/принятия решения

- Максимальный срок ожидания оказания услуги – не более 5-ти рабочих дней.

Конфиденциальность

- Обеспечивается в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Размер платы, взимаемой с заявителя при предоставлении услуги, и способы ее взимания

- Для получателя услуга оказывается бесплатно.

6.10. Требования к процессу оказания услуги

Требования к информационному обеспечению

Мероприятие по информационному обеспечению услуги измерения объема	Периодичность	Единица	Количество
Информирование учреждений социального обслуживания о предоставлении услуг	Постоянно	Информационная листовка	От 50 до 100 шт. для каждой структуры
Привлечение внимания СМИ (периодических печатных изданий и телевидения) с целью информирования семей, находящихся в кризисной ситуации, о возможности получить помощь	Не реже 1 раза в 3 месяца	Сообщение	По числу СМИ

Требования к кадровому обеспечению

Должность специалиста	Квалификационные требования (образование, стаж, опыт работы, периодичность повышения квалификации)	Максимальная нагрузка на специалиста/одновременное число получателей услуги	Периодичность супервизии
Специалист по социальной работе	Образование: социальное высшее Стаж: не менее трех лет работы по консультированию, сопровождению, терапии. Опыт работы: опыт	Прием 5–6 получателей услуги за 1 рабочий день	2 часа 20 мин. на 1 случай

	работы в долговременном уходе. Обучение деятельности по услуге долговременного ухода не менее 144 часов		
--	--	--	--

Контроль реализации

Контроль реализации услуги (в том числе контроль качества) осуществляется постоянно на основании опроса заказчика услуги.

Проблемные вопросы при реализации услуги

Качество оказания услуги зависит не только от соблюдения требований стандарта, но и от множества привходящих условий. Наиболее распространенные трудности, с которыми сталкиваются социальные работники:

Типичные трудности	Рекомендации по преодолению
Высокий риск появления синдрома профессионального выгорания при столкновении с кризисными ситуациями	<ul style="list-style-type: none"> • Увеличение числа супервизий, совместный разбор трудностей и поддержка в их преодолении • Развитие навыков стрессоустойчивости и самовосстановления у специалистов • Методическое сопровождение и образовательная поддержка специалистов, развитие необходимых профессиональных навыков и компетенций • Развитие профессиональных коммуникаций специалистов, укрепление мотивации и повышение статуса специалистов • Повышение квалификации по темам, определенным супервизором для данного специалиста
Высокая вероятность обращения за помощью людей с психическими заболеваниями	<ul style="list-style-type: none"> • Повышение квалификации специалиста по вопросам распознавания признаков нарушения психического здоровья • Наличие налаженных связей со специалистами и службами, оказывающими психиатрическую и психотерапевтическую помощь

Вероятность появления новых гериатрических синдромов, ухудшающих физическое состояние клиента и уровень независимости	<ul style="list-style-type: none"> • Повышение квалификации специалиста в области геронтологии и гериатрии, обучение основным гериатрическим синдромам и методам коррекции последних
Высокий риск появления кризисных неотложных состояний	<ul style="list-style-type: none"> • Повышение квалификации специалиста в области первой доврачебной помощи

Наименование ТФ/трудовых действий, необходимых умений и знаний в рамках указанной специальности

- Первичная диагностика и оценка психосоциального, социально-психологического, потенциала получателя социальных услуг.

- Составление письменного заключения по результатам диагностики. Выявление и оценка ресурсов семьи, значимого окружения получателя социальных услуг.

- Составление прогноза результатов социально-психологической интервенции.

- Разработка социально-психологических интервенций.

- Построение индивидуального маршрута интервенции.

- Осуществление профессионального и психологического консультирования. Помощь при необходимости в организации терапевтической среды.

- Помощь в преодолении психологических барьеров.

- Диагностика гериатрических синдромов и реализация индивидуального плана ведения клиента после адресной консультации специалиста (гериатра, ВОП, врача-участкового)

- Семейное консультирование, формирование группы психологической поддержки

- Мониторинг социально-психологической интервенции.

6.11. Методическое руководство по оказанию услуги

6.11.1. Реализация социальной работы в системе долговременного ухода

Социальная работа в системе долговременного ухода реализуется в стационарных учреждениях и на домашнем обслуживании на основе запросов получателей услуг и выявленных, совместно с медицинскими работниками, физических и психологических нарушений, приводящих к зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни и нарушения социальных связей. В основе моделей помощи лежат подходы медико-социальной реабилитации, психосоциальной терапии, социально-реабилитационной работы.

Основными получателями социальных услуг в системе долговременного ухода являются люди, находящиеся в ситуации социальной дезадаптации, в ситуации ограничения жизнедеятельности, которые не могут в силу своих физических, ментальных, сенсорных, эмоциональных и других ограничений самостоятельно ухаживать за собой, интегрироваться в систему социальных отношений и требуют постоянной помощи в повседневной жизни.

Потребителями услуг системы долговременного ухода могут быть гериатрические пациенты, паллиативные пациенты вне зависимости от возраста, граждане РФ с инвалидностью, граждане РФ с психическими расстройствами, включая больных деменцией, маломобильные пациенты (необратимо и обратимо как результат успешной реабилитации) вне зависимости от возраста.

Социальная работа распространяется также на граждан РФ, оказывающих родственную и соседскую домашнюю помощь нуждающимся.

Алгоритм работы с потребителями социальных услуг будет зависеть от диагностики проблемы и наличия гериатрических синдромов и старческой астении, которые определяют необходимость в долговременном уходе.

6.11.2. Общий алгоритм работы с потребителями услуг

Поэтапное описание деятельности

1 Этап. Контактное взаимодействие (первичный прием)

Данная фаза работы с клиентом очень важна. Она включает в себя комплекс определенных настроек, среди них важнейшими являются установление доброжелательных эмпатических отношений.

Для этого необходимо:

- мысленно поставить себя на место получателя социальных услуг,
- обратить внимание на эмоциональное состояние и его изменение в процессе беседы,
- видеть какие эмоции испытывает потребитель социальных услуг в настоящий момент,
- обратить внимание на невербальное поведение получателя социальных услуг (положение рук, ног, осанку, жесты, тембр голоса и т.д.).

Установка доброжелательных и рабочих отношений, важнейший этап подготовки к оценке проблемы получателя социальных услуг, поскольку без этого не возможно получение необходимой информации и определение проблемных областей ситуации получателя социальных услуг.

Основные принципы взаимоотношений с клиентом, которые не потеряли своей актуальности по настоящее время. Он выделял следующие основные принципы:

- *индивидуализация,*
- *конфиденциальность,*
- *принятие,*
- *безоценочное отношение,*
- *эмоциональное управление,*
- *самоопределение получателя социальных услуг.*

Индивидуализация – это процесс дифференциации получателя социальных услуг и его ситуации, на основе уникальных характеристик, присущих

только субъекту и тем обстоятельствам, которые определили трудную жизненную ситуацию.

Конфиденциальность – это требование к социальному работнику, получившему личную информацию о клиенте. Оно состоит в обеспечении безопасности получателя социальных услуг, сохранении его репутации, и нераспространении информации о нем для третьих лиц, что может привести к усложнению его социального функционирования.

Принятие – это способность, которой должен обладать социальный работник по отношению к клиенту, несмотря на его негативные индивидуальные характеристики, поведение и должна сопровождаться демонстрацией теплоты и сочувствием, эмпатическим видением и слушанием получателя социальных услуг.

Безоценочное отношение – это отстраненная, нейтрально-позитивная позиция социального работника, который анализирует ситуацию получателя социальных услуг вне контекста моральной оценки. Однако, анализируя риски и опасности, которые могут представлять для получателя социальных услуг, либо клиентом, особенно, когда это касается уязвимых групп населения, социальный работник будет принимать решение не только исходя из профессионального диагноза, но и норм, и ценностей, на которых основаны индивидуальное взаимодействие.

Эмоциональное управление – социальный работник принимает любое эмоциональное проявление получателя социальных услуг, без осуждения и проявления негативных чувств, адекватно реагирует на эмоциональные проявления и стремится адекватно реагировать на проявления получателя социальных услуг.

Самоопределение получателя социальных услуг - это позитивное и уважительное отношение к выбору получателя социальных услуг, признание права за ним на принятие действий и ответственности. Уважительное отношение к его выбору, даже если его выбор не соответствует намеченным целям и задачам.

Клиент и специалист, на фазе первичного контакта, устанавливая отношения, определяются в ролевых позициях, этому способствуют механизмы обратной связи, которые активизируются специалистом. Ролевая динамика присутствует на всех стадиях поддержки.

Основные директивные роли социального работника:

Процесс формирования отношений это длительный процесс, который продолжается на последующих фазах, таких как интервенции, планирование, контракт и других стадиях. На данной фазе отношения между социальным работником и клиентом должны способствовать сбору первичной информации по проблеме и ее оценке. При этом оценка дает возможность понять беспокойства получателя социальных услуг, а самое главное первичная оценка дает возможность сформировать гипотезу проблемы, которая будет либо уточняться, либо отвергаться на последующих фазах работы.

В работе на данной фазе большое внимание уделяется вопросам получателя социальных услуг, его тревогам, ожиданиям, его представлениям о возможностях социального агентства и в, какой мере, профессиональная помощь может способствовать разрешению сложившейся проблемы.

Исследования показали, что на фазе первичного контакта необходимо выработать ряд правил, которые должны способствовать развитию механизмов обратной связи, что в свою очередь должно способствовать адресной помощи клиенту:

- социальный работник должен постоянно демонстрировать свою заботу о клиенте,
- клиент должен свободно выражать свои негативные чувства,
- клиент должен открыто выражать свои положительные чувства,
- клиент должен оценивать свой опыт взаимодействия и брать на себя ответственность.

Составление Индивидуальной программы предоставления социальных услуг

Составление ИППСУ производится на основании первичного контакта с клиентом. Как отмечают исследователи (Ф. Тернер и др.), первичный диагностический анамнез, который построен не на модели взаимообмена, а на основе модели рабочего альянса, где доминирующая роль социального работника, как ведущего, а клиента как ведомого, может иметь определенные риски в помогающем процессе.

К таким основным рискам диагностики можно отнести:

- недостаток полученной информации из-за неопределенности ситуации получателя социальных услуг и как следствие дефицита знаний, а также методов и стратегий, позволяющих адекватно реагировать на существующий запрос получателя социальных услуг;

- усложнение или упрощение ситуации получателя социальных услуг на основе сбора анамнеза. Ситуация может рассматриваться как особенности психодинамического развития, а на самом деле она может иметь вектор направленности в трудностях функционирования в повседневной жизни, и наоборот.

- чрезмерная «патологизация» или «депатологизация» ситуации получателя социальных услуг, сведение проблем получателя социальных услуг только к психопатологии и проблемам психического здоровья, или только к проблемам социального функционирования.

Для объективности первичного диагноза в модели решения проблем социальный работник должен собрать как можно больше информации по следующим направлениям (Б. Комптон):

- о психо - эмоциональном состоянии получателя социальных услуг;
- об особенностях понимания проблемы непосредственно клиентом;
- о ресурсах получателя социальных услуг, его навыках, возможностях и желаниях к изменениям;

- о понимании ситуации со стороны других людей, имеющих представление о существующей проблеме;
- в контексте экологической перспективы и возможных санкций.

2 Этап. Консультирование клиентов и составления индивидуального плана ведения пациента

Окончательный диагноз и решение вопроса о необходимости длительного ухода реализуется в социальной работе, когда клиент оценивается с позиций имеющихся патологий и состояний, к которым необходимо применять комплекс медико-социальных методов и средств, в том числе с применением комплекса немедикаментозных и медикаментозных методов. В этой связи социальные работники после проведения скрининговой валидизированной шкалы FRAIL для выявления старческой астении, опросника SARC-F для диагностики саркопении, направляют и сотрудничают с представителями здравоохранения, сотрудничество в медицинской модели предполагает работу с пациентом в системных моделях социальной работы модели решения проблем, в моделях целостного подхода к клиенту. Оценка функционального статуса показывает, насколько клиент нуждается в длительном уходе и применении индивидуального плана ведения клиента, разрабатываемого совместно с медицинскими работниками на основании проведения специализированного гериатрического осмотра и определения гериатрических синдромов, приводящих к функциональной недостаточности, снижению качества жизни и социальной неполноценности клиента.

Медицинские работники (врач общей практики, участковый терапевт, гериатр) проводят специализированный гериатрический осмотр, выявляют наиболее часто встречающиеся гериатрические синдромы, которые определяют развитие синдрома старческой астении. К ним относят: степень способности к передвижению при помощи «Оценки двигательной активности у пожилых», степень нарушения питания (синдрома мальнутриции) при помощи мини-теста оценки нутритивного статуса -MNA, степень когнитив-

ной дисфункции при помощи теста Мини-исследование умственного состояния - MMSE, моральное состояние пациента при помощи «Филадельфийского гериатрического опросника морального состояния», оценка степени независимости в повседневной жизни при помощи шкалы Бартел или шкалы инструментальной активности в повседневной жизни - Activities of Daily Living (IADL).

3 этап. Модификация индивидуальной программы предоставления социальных услуг (ИППСУ) с учетом специфики клиента, который нуждается в долговременном уходе.

По результатам СГО составляется индивидуальный план ведения пациента и модификация ИППСУ с учетом специфики долговременного ухода (рис.4).



Рис.4 Модификация Индивидуальной программы предоставления социальных услуг системе долговременного ухода.

При диагностике у клиента по данным гериатрического осмотра хорошего здоровья или старческой преастении клиент может обслуживаться согласно стандартной ИППСУ.

При определении, согласно СГО, синдрома старческой астении легкой, умеренной, выраженной степени тяжести и определении основных причин, определяющие степень тяжести синдрома старческой астении, врачом общей практики, участковым врачом или врачом-гериатром составляется индивидуальный план ведения пациента с применением немедикаментозных и медикаментозных методов и средств, направленных на коррекцию ведущих гериатрических синдромов.

При терминальной степени старческой астении клиент нуждается в паллиативной помощи, проводится специализированный уход на дому с целью поддержания базисных функций. При осуществлении ухода необходимо использование совместных усилий родственников, знакомых пациента, а также медицинских и социальных работников.

Применяются следующие средства и методы медико-социальной реабилитации клиентов долговременного ухода:

- создание терапевтической среды,
- методы коррекции гериатрических синдромов в реализации долговременного ухода (диетотерапия, кинезотерапия, ЛФК, эрготерапия, физиотерапия, психологическая коррекция и психологическая помощь, терапия творческим самовыражением, использование релаксационных методик, метода биологической обратной связи, терапия произведениями живописи, музыкотерапия, валидационная терапия, реминисцентная интегративная терапия и терапия, ориентированная на реальность).

4 этап. Реализация медико-социальных услуг и ИППСУ.

Реализация медико-социальных услуг и ИППСУ предполагает оценку реализуемых услуг на основе обсуждения социального, медицинского работника и получателя социальных услуг тех параметров изменения проблемной ситуации, которой достигли в результате совместного взаимодействия (например,

улучшение параметров гериатрического статуса, уменьшение выраженности гериатрических синдромов, улучшения качества жизни и т.д.)

Процесс оценивая осуществляется на основе механизмов обратной связи работы с клиентами его микроокружения (родственники).

7.ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

Нормативно-правовые источники

1. Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 8.05.2010 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».
3. Перечень поручений Президента Российской Федерации от 23 августа 2017 г. №Пр-1650.
4. Поручения Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец от 31 августа 2017 г. № ОГ-П44-5804 по итогам встречи Президента Российской Федерации с представителями социально ориентированных некоммерческих организаций, благотворительных организаций и волонтерского движения 26 июля 2017 г.
5. Федеральный закон РФ от 27.08.2010 № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)».
6. Федеральный закон от 3.11.2006 № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях».
7. Федеральный закон от 22.08.2004 № 122 «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный Закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (в ред. от 21.12.2004).
8. Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (в ред. от 21.07.2014).

9. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (в ред. от 21.07.2014).
10. Федеральный закон от 12.01.1995 № 5-ФЗ «О ветеранах» (в ред. от 22.12.2014 № 426-ФЗ).
11. Федеральный закон от 10.06.1993 № 5154-1 «О стандартизации» (в ред. от 10.03.2003).
12. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 – 2015 годы».
13. Постановление Минтруда России от 17.12.2002 № 80 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке государственных нормативных требований охраны труда».
14. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года (с изменениями и дополнениями)».
15. Приказ Минтруда России от 22.10.2013 № 571н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по социальной работе».
16. Приказ Минтруда России 18 ноября 2013 № 677н «Об утверждении профессионального стандарта «Социальный работник».
17. Приказ Минтруда России от 31.12.2013 г. № 792 «Об утверждении Кодекса этики и служебного поведения работников органов управления социальной защитой и учреждений социального обслуживания населения».
18. Приказ Минтруда России от 29.12.2012 № 650 «План мероприятий («дорожная карта») «Повышение эффективности и качества услуг в сфере социального обслуживания населения (2013-2018 годы)».
19. Национальный стандарт Российской Федерации (Социальное обслуживание населения, социальные услуги гражданам пожилого возраста) – ГОСТ Р 53058-2008.

20. Национальный стандарт Российской Федерации (Социальное обслуживание населения, требования к персоналу учреждений социального обслуживания) – ГОСТ Р 52883-2007.

21. Национальный стандарт Российской Федерации (Социальное обслуживание населения, термины и определения) – ГОСТ Р 52495-2005.

22. Национальный стандарт Российской Федерации (Социальное обслуживание населения, контроль качества социальных услуг, Основные положения) – ГОСТ Р 52496-2005.

23. Национальный стандарт Российской Федерации (Социальное обслуживание населения, классификация учреждений социального обслуживания) – ГОСТ Р 52498-2005.

24. Национальный стандарт Российской Федерации (Социальное обслуживание населения, качество социальных услуг, Общие положения) – ГОСТ Р 52142-2003.

25. Национальный стандарт Российской Федерации (Социальное обслуживание населения, основные виды социальных услуг) – ГОСТ Р 52143-2003.

26. Руководство Р2.2.2006-05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда».

27. Закон г. Москвы от 9.07.2008 № 34 «О социальном обслуживании населения и социальной помощи в городе Москве» (в ред. от 24.12.2014 г. № 66).

28. Закон г. Москвы от 12.03 2008 № 11 «Об охране труда в городе Москве».

29. Постановление Правительства г. Москва от 26.12 2014 № 829-ПП «О социальном обслуживании граждан в г. Москве».

30. Постановление Правительства г. Москвы от 26.12.2014 № 830-ПП «Об утверждении Порядка организации осуществления регионального госу-

дарственного контроля (надзора) в сфере социального обслуживания населения в г. Москве».

31. Постановление Правительства г. Москвы от 26.12.2014 № 829-ПП «О социальном обслуживании граждан в г. Москве».

32. Постановление Правительства г. Москвы от 26.12.2014 № 827-ПП «Об утверждении дополнительного перечня категорий граждан, имеющих право на бесплатное предоставление социальных услуг в городе Москве по формам социального обслуживания, установленным Федеральным законодательством».

33. Приказ Правительства г. Москвы «Об организации работы по реализации положений постановления Правительства Москвы от 26.12.2014 г. № 829-ПП «О социальном обслуживании граждан в г. Москве».

34. О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации (с изменениями и дополнениями): приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации: от 5 августа 2003 г. N 330.

35. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.

36. О порядке организации медицинской реабилитации : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705-н .

Учебная и научная литература

1. Анисимова С.А. Разработка управленческих решений в организации социального обслуживания. Учебное пособие. – М.: АПКИППРО, 2015.

2. Берцкая Е. А., Соколова В. Ф. Теория и практика реабилитации граждан пожилого возраста: учебное пособие. – М.: Флинта, 2012.

3. Бержадская М. Медико-социальные проблемы ухода за больным. Проблемы управления здравоохранением, 2011. – № 4. – С. 79–82.

4. Бойко Ю. П. Проблемы пожилых людей с позиций их социального статуса. Клиническая геронтология, 2007. – № 3. – С. 45–49.

5. Васильчиков, В. М. Идеолого-правовые и организационные аспекты деятельности государственной системы социально-медицинского обслуживания пожилых людей. Клиническая геронтология, 2007. – № 3. – С. 11–21.

6. Войтенко А.И., Комаров Е.И. Организация управления и администрирования в социальной работе: учебник – М.; РИОР: ИНФРА-М, 2010.

7. Волкова, Т. Н. Социальные и психологические проблемы старости. Вопросы психологии, 2005. – № 2. – С. 118–126.

8. Всемирная организация здравоохранения: официальный сайт. – Режим доступа : <http://www.who.int/ru>.

9. Галкин Р. А., Гехт И. А., Яковлев О. Г.. Одинокая старость : медицинские и социальные проблемы. Самара : Перспектива, 2005. – 307 с.

10. Голубева Е. Ю., Данилова Р. И. Оценка потребности в уходе/обслуживании как ключевая составляющая в планировании услуг для лиц пожилого возраста. Клиническая геронтология, 2009. – № 12. – С. 23–27.

11. Горелик С.Г., Пономарева И.П., Ильницкий А.Н., Прощаев К. И. Основы социально-медицинской помощи пожилым людям (методические рекомендации для социальных работников), Бишкек: ОсОО «Гознак», 2017 г.-40 с.

12. Гусов К.Н., Буянова М.О. Право социального обеспечения России: Учебник. – М.: Проспект, 2012.

13. Ермолаева М. Н. Психолого-педагогическое сопровождение пожилого человека: учебное пособие для вузов. – Московский психолого-социальный институт, 2011.

14. Ефимова Н.С., Литвинова А.В. Социальная психология. Учебник для бакалавров. – М.: Юрайт, 2012.

15. Ильницкий А. Н., Прощаев К. И. Специализированный гериатрический осмотр. Геронтологический журнал им. В. Ф. Купревича, 2012. – № 4-5. – С. 66–84.

16.Ильницкий А. Н.,Прощаев К. И. Старческая астения (Frailty) как концепция современной геронтологии. Геронтология, 2013. – Т. 1, № 1. – С. 408–412.

17.Коршунова Т. А. Опыт организации работы специализированных отделений медико-социальной помощи, обслуживающих граждан пожилого и старческого возраста. Главная медицинская сестра, 2005. – № 1. – С. 55–60.

18.Кодекс этики социального работника и социального педагога / Союз социальных педагогов и социальных работников России. – М., 2014.

19.Комаров Е.И., Стрельникова Н.Н., Малофеев И.В. Управление эффективностью социальных учреждений: Учебно-практическое пособие. - М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2013.

20.Коротков Э.М., Антонов С.А. и др. Корпоративная социальная ответственность: Учебник для бакалавров / Под ред. Э.М. Короткова. – М.: Издательство Юрайт, 2013.

21.Корпоративная социальная ответственность: Учебник для бакалавров / Э.М. Коротков, С.А. Антонов и др.; под ред. Э.М. Короткова. – М.: Издательство Юрайт, 2013.

22.Критерии эффективности и качества социальной работы / учебное пособие. – М.: ИПК ДСЗН, 2010.

23.Майерс Д. Социальная психология. – 7-е изд. – СПб: Питер, 2012.

24.Медведева Г.П. Этические основы социальной работы. Учебник и практикум.– М.: Издательство Юрайт, 2014.

25. Нор-Аревян О.А. Социальная геронтология: Учебное пособие. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко»; Ростов н / Д: Наука-Спектр, 2011.

26.Психология социальной работы: учеб. пособие для вузов / Под ред. М.А. Гулиной. - 2-е изд., перераб. и доп. – С-Пб.: Питер, 2010.

27.Прощаев К. И. Терапевтическая среда в домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов: учеб.-метод. Пособие. Москва ; Белгород : Белгор. обл. тип., 2012. – 172 с.

28. Прощаев К. И., Ильницкий А. Н., Жернакова Н. И. Основные геронтологические синдромы : учеб.пособие. Белгород, 2012. – С. 41–54.

29. Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Павлова Т.В. Синдром старческой астении (Frailty) в клинической практике. Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2013,-88с.

30. Теория социальной работы: учебник для бакалавров / Под ред. Е.И. Холостовой, Л.И. Кононовой, М.В. Вдовиной. – М.: Издательство Юрайт, 2014.

31. Технология социальной работы: учебник / Под ред. Е.И. Холостовой, Л.И. Кононовой. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2014.

32. Хавинсон В. Х. Коновалов С. С. Избранные лекции по геронтологии. Санкт-Петербург: Прайм-Еврознак, 2008. – 890 с.

33. Холостова Е.И. Социальная работа с пожилыми людьми. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2014.

34. Холостова Е.И. Социальная работа: история, теория, практика. Учебное пособие. – М.: Издательство Юрайт, 2012.

35. Холостова Е.И. Социальная работа: Учебник для бакалавров. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2013.

36. Холостова Е.И. Социальная работа с пожилыми людьми: Учебник для бакалавров, 7-е изд., перераб. и доп. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2014.

37. Экономика социальной работы: учебник для бакалавров / Под ред. И.Н. Маяцкой. – М.: «Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2013.

Дополнительная литература

1. Дементьева Н. Ф., Рязанов Д. П. К проблеме взаимодействия органов социальной защиты и здравоохранения в обслуживании пожилых людей на дому. Государство и общество : проблемы социальной ответственности : материалы IX научных чтений МГСУ.– Москва, 2003. – С. 207–209.

2. Вдовина М. В. Глоссарий по социально-геронтологической работе. – М.: ИПК ДСЗН, 2010.
3. Галасюк И.Н., Краснова О.В., Шинина Т.В. Психология социальной работы. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2013.
4. Гасумова С.Е. Информационные технологии в социальной сфере: Учебное пособие. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2012.
5. Грабе М. Синдром выгорания. Болезнь нашего времени. / Под ред. Л.Г. Лысюк. – СПб.: Речь, 2010.
6. Комплексный мониторинг уровня и качества жизни граждан пожилого возраста в городе Москве / Информационно-аналитический доклад. – М.: ИПК ДСЗН, 2011.
7. Кошелев Н.С. Социальное обслуживание и права населения: Практическое пособие. 2-е изд., перераб. – М.: Издательство Омега-Л, 2010.
8. Краснова О. В. Геронтопсихологический словарь. – М.: ИПК ДСЗН, 2010.
9. Малофеев И.В. Развитие социальных услуг в современном обществе: теория вопроса. Монография. - М.: ИПК ДСЗН, 2010.
10. Малофеев И.В. Социальная инноватика и перспективы модернизации социального обслуживания населения. Монография. – М.: ИПК ДСЗН, 2010.
11. Малофеев И.В. Социальные услуги в рыночной экономике: опыт и проблемы // Гос. унив. управл. Вестник университета. – М., 2011. –№ 13.
12. Маяцкая И.Н., Никонова О.В., Коржинек Т.А., Евсеев В.О. Экономические основы социальной работы. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2013.
13. Модель экспертной системы помощи принятия решений специалистам по определению пакета социальных услуг. Методические рекомендации. – М.: ИПК ДСЗН, 2014.

14. Пантелеева Т.С., Червякова Г.А. Экономические основы социальной работы. – М.: Академия, 2012.
15. Петросян В.А. Особенности социальной защиты населения в г. Москве. – М.: ИПК ДСЗН, 2011.
16. Платные услуги в системе социального обслуживания населения города Москвы. Методические материалы. – М.: ИПК ДСЗН, 2011.
17. Платонова Н. М., Платонов М. Ю. Инновации в социальной работе: учеб пособие для студ. учреждений высшего проф. образования / Н. М. Платонова, М. Ю. Платонов. – М.: Изд. центр «Академия», 2011.
18. Попов П.В. Информационные технологии как элемент модернизации социального обслуживания населения // Отечественный журнал социальной работы. – 2012. – № 1. – 137-141.
19. Развитие и модернизация инфраструктуры социальных служб в сфере поддержки семей с детьми, попавших в кризисную ситуацию, в том числе пострадавших от жестокого обращения. Информационно-методические рекомендации. – М.: ГАУ ИПК ДСЗН, 2013.
20. Савина Л.Ю. Стандартизация социального обслуживания. Критерии эффективности и качества социальной работы / учебное пособие. – М.: ИПК ДСЗН, 2010.
21. Сигида Е.А., Лукьянова И.Е. Теория и методология практики медико-социальной работы. – М.: ИНФРА-М, 2013.
22. Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения. 4-е изд. // Серия: Мастера психологии. – С-Пб: Питер, 2010.
23. Сытник С.А. Основы психологического консультирования: Учебное пособие. – 2-е изд. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2012.
24. Сьюэлл К., Браун П. Клиенты на всю жизнь. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013.
25. Социальная политика / Под ред. Е.И. Холостовой, Г.И. Климантовой. – М.: Издательство Юрайт, 2013.

26. Социальная политика / Под ред. Н.А. Волгина, В.И. Кушлина. – М.: Изд-во РАГС. 2010.
27. Социальная политика региона: теория и практика: учебное пособие / Кол.авторов под ред. И.П. Скворцова. – М.: Издательство КНОРУС, 2010.
28. Топчий Л.В., Романычев И.С., Стрельникова Н.Н., Комаров Е.И., Малофеев И.В. Социальная квалиметрия, оценка качества и стандартизация социальных услуг: учебник. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2012.
29. Ткаченко В. С. Основы социальной медицины: учеб. Пособие. Москва : Инфра-М, 2004. – 195 с.
30. Фирсов М.В., Шапиро Б.Ю. Психология социальной работы. Содержание и методы психосоциальной практики. – М.: Издательство Юрайт, 2012.
31. Холостова Е.И., Климантова Г.И. Социальный контракт от заключения до исполнения: Учебно-методическое пособие. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2013.
32. Шелковин И.Д. Охрана труда в организациях социального обслуживания населения: основные аспекты деятельности: Учебно-методические рекомендации. – М.: ИДПО ДСЗН, 2015.
33. Целевич Т.И., Белобородова Е.А. Теория и практика психосоциальной работы: Учебное пособие. – М.: ФОРУМ; ИНФРА-М, 2012.
34. Чуйко Л. Синдром менеджера. Эмоциональное выгорание и управление стрессом. – СПб: Речь, 2010.