



27-29 сентября 2017 г. Торунь, Польша

Директор специального медико-социального учреждения сегодня и завтра.

Прессинг, уступки, компромиссы, решения.

Материалы конференции

Organizers:



Together we change
the world



European Association
for Directors and Providers
of Long-Term Care Services
for the Elderly



Polish Association
of Organisers and Managers
of Social Welfare
and Health Protection



Polish Society
of Long-Term Care

Partner:

seni
brand of TZMO SA

27 сентября 2017 г. Открытие конференции

17:00 - 17:40 ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО

17:40 - 18:40 ОТКРЫВАЮЩИЕ ДОКЛАДЫ

Директор дома-интерната - менеджер или волшебник? <i>проф. Пётр Блендовски /Польша/</i>	3
Роль домов-интернатов в обществе <i>Майкл Киршнер /Швейцария/</i>	5

28 сентября 2017 г.

09:00 - 11:00 СЕССИЯ I: ДИРЕКТОР СПЕЦИАЛЬНОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ И ЕГО КЛИЕНТЫ

Модератор: Иржи Хорецки /Чехия/

Клиент – наш хозяин! <i>Аад Костер /Голландия/</i>	12
Уход за лицами с деменцией – этический контекст <i>Ива Холмерова /Чехия/</i>	13
Требования к уходу и услугам, и реальные возможности ухаживающих лиц <i>Сирпа Элизабет Салин /Финляндия/</i>	17

11:30 - 13:30 СЕССИЯ II: ДИРЕКТОР СПЕЦИАЛЬНОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ И ЕГО ПЕРСОНАЛ

Модератор: Иржи Хорецки /Чехия/

Культура мультидисциплинарного коллектива – Потребитель/Пациент/Клиент/Человек <i>Матей Лейсал /Чехия/</i>	20
Счастью нужен товарищ, то есть, удовлетворение от работы с людьми <i>Артур Каспрович /Польша/</i>	23
Ожидания работников домов-интернатов и действительность <i>Марио-Риитта Рикала /Финляндия/</i>	26

14:30 - 16:00 СЕССИЯ III: ПЕРСПЕКТИВЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА*Модератор: проф. Пётр Блендовски /Польша/*

От государственного дома-интерната до современного услугодателя. Процесс управления специальными медико-социальными учреждениями сопутствующий изменению от 1. до 5. поколения 27

Мартина Пойер /Австрия/

Большие дома-интернаты = ухудшенное качество жизни: правда или миф? 30

Иржи Хорецки /Чехия/

Citoyennage: пожилые люди подсказывают работникам 31

*Ромен Жизолме /Франция/***16:30 - 18:00 СЕССИЯ IV: НОВЫЕ ТРЕБОВАНИЯ В ОТНОШЕНИИ УХОДА***Модератор: Маркус Лесер /Швейцария/*

"Забиться и лечи" 34

проф. Томас Клие /Германия/

Новые требования поколения baby boomers 38

*Анна Йёргер /Швейцария/**29 сентября 2017 г.***09:30 - 11:00 СЕССИЯ V: ДИРЕКТОР СПЕЦИАЛЬНОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ВВИДУ МЕНЯЮЩЕЙСЯ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ***Модератор: проф. Пётр Блендовски /Польша/*

Управление в эпоху перемен 41

Гражина Вуйчик /Польша/

Роль директора в процессе перемен 42

Фабио Бонетта /Италия/

Меняющиеся условия труда и ожидания в отношении социальных служб 46

*Хуберт Перфлер /Италия/***11:30 - 13:00 СЕССИЯ VI: ХОРОШАЯ ПРАКТИКА В ДОЛГОВРЕМЕННЫЙ УХОД***Модератор: проф. Маркус Лесер /Швейцария/*

Dementia Support Australia - понимать и адекватно реагировать на причины поведения 48

проф. Колм Каннингем /Австралия/

Принятие вызовов и шансов вследствие культурных изменений 52

Питер Хеннесси /Австралия/

Дома опеки в Европе: государственные и частные услуги за последнее десятилетие 55

Даниэль Молинуево /Ирландия/

проф. Пётр Блендовски

Директор дома-интерната - менеджер или волшебник?



Специалист в области экономики, социальной политики и геронтологии. Директор Института социального хозяйства в Варшавской школе экономики, руководитель Кафедры социальной геронтологии в Институте труда и социальных дел.

В круг его научных интересов входят: социальная политика, социальная геронтология, а также организация и финансирование долговременного ухода. Он является руководителем крупнейшего научно-исследовательского проекта, п к ситуации священной ситуации пожилых людей в Польше – «ПолСениор». По заказу Министерства науки и информатизации он руководил научно-исследовательской работой по теме «Долговременный уход и социальное обеспечение, а также возможности удовлетворения их нужд». Вице-председатель Польского геронтологического общества. Член Комитета науки о труде и социальной политике ПАН. Автор многочисленных научных публикаций, посвященных предметам его исследований. Он вошел в состав Группы по делам прав пожилых граждан при Уполномоченном по гражданским правам.

Гостевые лекции читал, в частности, в Майнцском, Кёльнском, Лейпцигском и Дуйсбургском университетах, а также в Дзяньском университете (Китай).

Тема организованной в этом году конференции касается чрезвычайно важного сегодня, но еще более важного вопроса в будущем: какова ситуация директора учреждения опеки. Подзаголовок конференции говорит сам за себя: **Pressure, Concessions, Compromises and Solutions** (Прессинг, Уступки, Компромиссы и Решения). Притом у меня сложилось впечатление, что говорить о давлении, уступках и компромиссах гораздо легче, чем о решениях.

Сегодня все больше и больше говорится о деинституционализации опеки. Сам процесс развития ухода за несамостоятельными лицами, по месту их проживания, должен осуществляться, хотя это, конечно, не новая идея. Эффективная деинституционализация на практике не только увеличит число несамостоятельных лиц, пребывающих в своих домах, но и увеличит долю наименее самостоятельных лиц среди всех резидентов учреждений. Это приведет к необходимости лучшего оборудования домов, дальнейшего повышения уровня подготовки кадров, увеличению числа опекунов, осуществляющих уход, и повлечет увеличение расходов.

Кроме того следует учесть, что процесс старения населения и ограничение способности семьи заниматься опекой, повлияют на дальнейшее повышение среднего возраста резидентов учреждений. Связан с этим постепенный процесс потери самостоятельности, требующий больших трудовых затрат и времени со стороны лиц, осуществляющих опеку.

Трудная ситуация директора дома связана с его специфической позицией в структуре долгосрочной опеки. Поскольку директор является адресатом ожиданий и требований со стороны резидентов учреждения и их семей. В то же время он является руководителем своих работников, за действия которых несет ответственность, и которые предоставляют ему свои ожидания и просьбы. Он, наконец, является адресатом множества поручений и ему передают свои решения представители плательщика и, возможно, учредительного учреждения. В середине этого треугольника, подверженного давлению с каждой стороны и подверженного противоположным интересам, находится директор ...

Для наглядности можно было бы сказать, что он сидит на пороховой бочке, швыряемый ураганами внезапно приходящими из разных сторон. Если он сможет долго продержаться на своем посту, для этого состояния есть как минимум две причины:

Во-первых, заменить его лучшим директором будет нелегко. «Новый» будет менее эмоционально выгоревшим, но отнюдь не должен быть лучше подготовленным к работе, в которой, помимо знаний в области управления, психологии и общественного здравоохранения, нужен опыт общения со слабыми и несамостоятельными людьми, умение передвигаться в джунгли законодательных положений и ограничений, а также требуется овладение искусства примирения противоречивых интересов.

Во-вторых, не говоря об исключениях, директором дома не становятся по случайности. Дом, как никакая другая организация или учреждение, требует не только управленческих навыков, но также чуткости и социального чутья. Руководители домов - это исключительные сотрудники – обладающие специальными знаниями, опытом и чувством ответственности, которое иногда требует поступать вопреки логике типичного предприятия.

Логика управления объектом полностью отличается от логики управления любым предприятием. Прежде всего - нет единого критерия успеха, которым обычно в экономике является прибыль. Более того, успех, отмеченный тремя перечисленными в начале группами интересов, имеет совершенно другую форму. Часто трудно его измерить, как например, улучшение качества жизни резидентов учреждения или условий работы. Финансовый успех объекта редко сочетается с качеством его работы, но, в свою очередь, улучшение качества не всегда требует финансовых затрат.

Для меня - непрофессионала, наблюдающего за деятельностью объектов извне, это граничит с волшебством. Директор – это искусный менеджер или одаренный волшебник? В чем секрет его успеха? Вероятно, это способность определять наиболее важные цели на данный момент. Кроме того - умение избегать возникающих время от времени конфликтов между различными целями, которые были преследованы для уже идентифицированных трех групп интересов. Это очень важно, потому что директор не должен становиться «заложником» любой из групп. Качество его работы предreshается автономией и сопутствующей ей ответственностью.

Наконец, несколько слов о последнем пункте названия конференции: решения. Именно такие встречи, как сегодняшняя, способствуют поиску решений и передовой практики. Трудно говорить о решениях в инаугурационном докладе, потому что решения часто специфичны для отдельных стран, философии их социальной политики и законодательства. Одно кажется мне предreshающим: директор не должен будет быть волшебником и ему не придется совершать чудес, если вся область опекунаских услуг будет достойно оценена и широко признана как важная для всего общества.

Майкл Киршнер

Роль домов-интернатов в обществе



Майкл Киршнер является научным сотрудником. Он работает в Отделе по делам пожилых людей в КУРАВИВА (CURAVIVA) - Швейцарского союза домов-интернатов и учреждений для престарелых и инвалидов.

Как говорится в пословице: «Единственное постоянство - это изменение». Таким образом, в современном обществе возникают два основных вопроса. Во-первых, если изменение является чем-то прочным, возможным ли является наличие временного порядка? Во-вторых, каким изменениям подлежит этот порядок? Эти два вопроса касаются не только общества как такового, но и его институтов и, в частности, роли, которую они играют. Это основные вопросы конференции этого года «Директор дома опеки - сегодня и завтра», а также семинаров и презентаций, проходящих в её рамках.

Роль домов опеки в прошлом

Исторически роль домов опеки в обществе кардинально изменилась. Существующее до сих пор развитие учреждений по долгосрочному уходу (LTC) можно упростить и разделить на пять типологий (см. Michell-Auli & Sowinski, 2013).

Формирование институционального типа (с 1900 по 1950/60 года). Дома опеки, в которых, как правило, одинокие и бедные люди («жители») были окружены опекой в общих помещениях или ночлежных домах, где было 8 или даже больше спальных мест.

Генерация больничного типа (с 1960 по 1980 год): дома опеки больше напоминали больницы; «Резидент» стал «пациентом», нуждавшимся в лечении и уходе. Любой недостаток здоровья, требующий лечения, находился в центре внимания.

Генерация жилого типа (примерно с 1980 года): С точки зрения их дизайна, дома опеки основаны на концепции «жизненного пространства». Центр помощи и поддержки - это модель компетенции (увеличение существующих ресурсов и навыков). Сама «жизнь» становится столь же важной, как и «опека».

Генерация жилого сообщества (примерно с 1995 года): Дома опеки основаны на модели жилого сообщества с собственной входной дверью. У каждого жителя есть отдельная комната. Большие кухни / гостиные открытой планировки имеют первостепенное значение. Здесь «нормальность повседневной жизни» является приоритетом с точки зрения того, как живут резиденты и как управляется общественность. В центре внимания - помощь и поддержка. Услуги по уходу «приобретаются» (услуги, предоставляемые на дому или за его пределами). Центральным элементом этого изменения является увеличение признания индивидуальности, независимости и самоопределения пожилых людей, нуждающихся в уходе.

Генерация типа гибридного жилого пространства (примерно с 2000 года): Субъекты, предоставляющие услуги по уходу меняются в децентрализованных, гибких и строго ориентированных на нужды клиента поставщиков услуг. Здесь максимальны независимость, самоопределение и нормальность повседневной жизни, несмотря на необходимость санитарного ухода и поддержки. Качество жизни человека в известном ему доме, или в нововыбранном доме, является тем, что больше всего учитывается.

Роль домов опеки в обществе

Существует постоянная эволюция ролей, которую такие институты играют в обществе. Некоторые из ролей или даже институтов все еще существуют, другие исчезают, а еще другие снова появляются. Рассуждая о роли домов опеки в обществе, мы используем хорошо известную теорию социальных ролей. Согласно этой теории, «актеры» играют много разных ролей. Дома опеки являются актерами не только с точки зрения маркетинга и общественных дел. Играя разные роли, дома опеки ведут себя предсказуемым образом, поскольку каждой роли присущи соответствующие права, обязанности, ожидания и стандарты, которые должны быть выполнены. Конфликты в рамках одной роли или между разными ролями предварительно запрограммированы. Принимая во внимание различные роли домов опеки в обществе, хотим наглядным образом обсудить четыре типа ролей.

Культурные роли - это роли, установленные культурой. Обычно они принимаются автоматически, они являются самыми перманентными, поскольку они основаны на фундаментальных ценностях (например: солидарности, справедливости). Уход за пожилыми людьми в рамках семей, соседства и общности является фундаментальной культурной ценностью. Культура создает человеческую реальность, следовательно, термин «стареющее общество», язык и образы, относящиеся к возрасту и к этому процессу. Какие изображения возраста, старения и смерти преобладают сегодня в нашей культуре? Какой является и какой будет установленная нашей культурой роль домов опеки? Учитывая сильные мега-тенденции, которые пронизывают нашу культуру, такие как индивидуализация, урбанизация, коммуникация, здоровье (совместно ответственные за демографические изменения), изменение поколений, мобильность или безопасность, роли домов опеки находятся под давлением. Вопрос для обсуждения заключается в том, как будут толковаться и применяться фундаментальные ценности в формирующемся обществе, где большинство пожилых избирателей в скором времени станет более многочисленным, чем молодые поколения?

Например, в Швейцарии изменились три разные модели по долгосрочной опеке в 26 кантонах (Dutoit и пр., 2016). Что касается Швейцарии, кажется, что это не общая культура, но социально-экономическая система является сильным предикатором, определяющим роль домов опеки в обществе. Модель «Центральная Швейцария» существует в семи немецкоязычных кантонах в центральной части Швейцарии. Дома опеки являются тут основой для долгосрочного ухода. Не являются они последним вариантом, только скорее этапом человеческой жизни. В сравнении с другими частями страны, здесь больше людей живет в домах опеки и пребывает в них более длительный период времени. С другой стороны, модель «Латинская Швейцария», которую можно найти в пяти франко- и итальянскоязычных кантонах, долгосрочная опека обеспечивается, в основном, общенациональным поставщиком опекунских услуг («Spitex»). Дома опеки играют тут роль последнего этапа долгосрочного ухода. Для сравнения, люди, живущие в домах опеки, старше, требуют большей заботы и живут короче. Модель «Гибридная Швейцария» существует в девяти, преимущественно немецкоязычных кантонах. Можно там встретить оба вида долгосрочной опеки и их сочетание. Есть также пять кантонов (среди них один франкоязычный) не входящих в строгие рамки какой-либо из упомянутых выше моделей.

Однако опросы, проведенные среди населения, показывают, что все большее число членов швейцарского общества в целом не желает жить в преклонном возрасте в доме опеки. Только 8% респондентов хотят умереть в доме опеки. (GfK, 2009). Похоже, что устаревший взгляд на прошлое - независимо от того, какую трансформацию претерпел дом опеки - определяет принятие будущих решений. Дома опеки не рассматриваются как «хорошая альтернатива» или «хороший дом» для пожилых людей их родственниками, а скорее как «окончательный вариант», которого следует избегать. (Höpflinger & Van Wezemaal, 2014).

Социально-экономические роли: Сравнение международных фактов и их анализ позволяют получить впечатление о разнообразии социально-экономических ролей, которые играют дома опеки в европейских обществах. Статистические данные, касающиеся нашей страны, такие как, например, процент людей в возрасте 80 лет и старше, количество мест в домах долгосрочного ухода или государственные / частные расходы, предназначенные на долгосрочную опеку и т.д. (сравн. Knight Frank, 2014, ECFIN, 2015). Евростат, 2016 год, ВОЗ, 2017 год, ОЭСР, 2017 год).

Неудивительно, что рынок здравоохранения в Европе сильно отличается на национальном, региональном и местном уровнях. На национальном уровне существуют три основных типа рынков домов опеки (сравн. Knight Frank, 2014):

- Лицензированные: Необходимы действия для получения предварительного разрешения местных властей перед началом постройки, открытия и функционирования нового дома опеки (например, в Бельгии, Франции, Италии).
- Свободные, рыночные: Разрешена деятельность, связанная с созданием домов опеки, в значительной степени без вмешательства со стороны местных и национальных властей. Однако существуют некоторые ограничения (например, Германия, Испания, Соединенное Королевство).
- Аутсорсинговые: Местные власти поручают выполнение действий, связанных с функционированием дома опеки частным компаниям, с которыми подписываются контракты обычно на срок от 3 до 10 лет. (Финляндия, Норвегия, Швеция).

В настоящее время рынок домов опеки растет. Во многом наступает это благодаря частному сектору. Тогда как общественные некоммерческие организации продолжают доминировать на некоторых европейских рынках (например, Франция, Швеция, Швейцария), их роль в последние годы уменьшилась. В связи с тем, что большинство европейских стран сталкивается с бюджетными ограничениями, общественный и некоммерческий сектора не имеют капитала, необходимого для ремонта существующих зданий, не говоря уже об их расширении, чтобы они могли удовлетворить текущий и будущий спрос.

В зависимости от политических, правовых, экономических, социальных и медицинских систем дома опеки выполняют много разных функций. Однако, именно благодаря этому они ведут себя предсказуемым образом, поскольку каждой роли присваивается список прав, обязанностей, ожиданий и стандартов, которые должны быть выполнены. Вот несколько примеров:

- Признанный дом опеки в сельской общине против группы конкурентоспособных домов опеки, действующих на внутреннем рынке долгосрочного ухода.
- Поставщик услуг, финансируемый государственными или частными средствами против учреждения, производящего затраты, действующего в рамках (не) рациональных систем социальной защиты.

- Получатель платежа, защищаемый законом против эффективного генератора экономической добавленной стоимости (например, рабочие места, профессиональная подготовка, инвестиции).
- Отделение долгосрочного ухода как будущий крупнейший работодатель в системе здравоохранения и социального обеспечения против ветви домов опеки, требующей квалифицированного и хорошо оплачиваемого персонала.
- Дома опеки, контролируемые государственными органами против самоконтролируемых домов опеки, действующих прозрачно, добровольно предоставляя данные и иницируя процессы качества для получения сертификатов (например, для лучшего работодателя или для самого высокого качества жизни в доме опеки).

Последние изменения, например, в направлении самоконтролируемых и прозрачных домов опеки, указывают на появление новых ролей для таких учреждений в обществе. Например, в Швейцарии дома опеки обязаны, на основании положений законодательства, отправлять большие объемы данных посредством системы оценки государственным органам и страховщикам здравоохранения, для того, чтобы можно было измерить результаты этих учреждений. В будущем такие учреждения также будут обязаны отправлять большее количество данных о качестве оказываемой ими помощи (например: показатели боли, потеря веса, физические истощения, применяемые медикаменты). С другой, однако, стороны, можно заметить увеличивающиеся расхождения с точки зрения качества и маркировки учреждений как применяющих наилучшую практику или являющихся лучшими работодателями, качества паллиативной помощи, совершенства швейцарской опеки или безбарьерного места для жизни пожилых людей. Чтобы сохранить свою легитимность, дома опеки все быстрее изменяются в «контролируемый генератор высококачественных данных». Эта ситуация вызвана неудержимой бюрократией, пытающейся справиться со сложностью долгосрочной опеки в «стареющем обществе».

Роли, зависящие от конкретного случая, появляются в данной ситуации неожиданно. Лучше всего это иллюстрирует следующий пример. Агитация в средствах массовой информации или «ожесточенные дискуссии» - внезапная волна критики в социальных сетях - направлены против домов опеки, которые периодически появляются. Всякий раз, когда в средствах массовой информации сообщается о халатности, насилии или жестоком обращении, дом опеки сразу же заклеивается общественным мнением. В столкновении с predetermined правами, обязанностями, ожиданиями и стандартами, данный дом опеки должен выполнять роль, назначенную ситуацией. Происходит конфликт между вышеупомянутыми ролями. Директор дома опеки должен извиниться. Персонал заведения не признает свою вину. Подорвана достоверность, а любые негативные последствия такого рода ситуаций остаются навсегда. Если дело будет направлено в суд, и будет выдан оправдательный приговор, средства массовой информации не будут заинтересованы в повторном рассмотрении дела.

Очередной конфликт, касающийся зависимой роли, возникает тогда, когда дома опеки, являющиеся рациональными предприятиями, сталкиваются с иррациональными ситуациями в социально-экономической системе. Это в основном касается количества ложных стимулов, созданных «системой». В Швейцарии в 2011 году была введена новая система финансирования долгосрочного ухода. С этого момента необходимая опека измеряется на разных уровнях в минутах/в сутки (от 20 до 220 минут), покрывается медицинским страхованием (от 8 до 95 евро). Остальная сумма покрывается кантонами, муниципалитетами и, в лучшем случае, другим социальным страхованием. Разумеется, ложная поддержка была создана системой, которая различает социальную и медицинскую помощь. Поскольку дома опеки максимизируют минуты, потраченные на здравоохранение, чтобы покрыть расходы на

социальную помощь, за которую не получают денег. Кроме того, есть стимул выбирать людей или размещать их на более высоком уровне опеки.

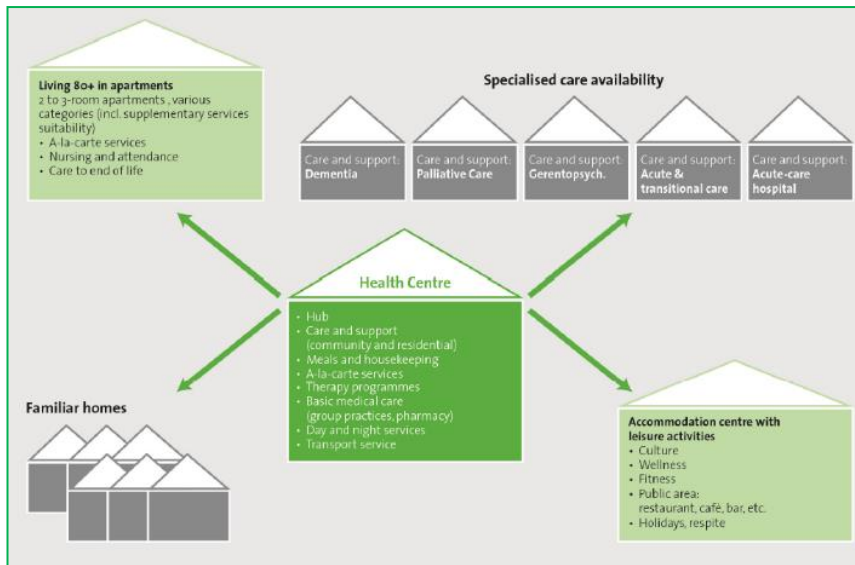
Сами роли назначаются ролями, которые актеры берут на себя. Многие из ранее согласованных ролей, по-видимому, представляют собой роли, установленные культурой, обществом или социально-экономической системой данной страны. Каким образом дома опеки активно формируют свою «социальную роль» не только как рыночного игрока, но и в рамках общества, изменяющегося в социальном и культурном отношении? Пообщавшись с потенциальными клиентами, дома опеки рекламируют свои услуги на много разных, но похожих способов, таких как «Твой новый дом на старость», «Достойный Тебя дом» или «Здесь, где живет как дома» и т. д. Несмотря на то, что дома опеки не являются уже «залами ожидания смерти», некоторые взгляды и иллюстрации глубоко врезались в память общества.

В Швейцарии больше людей умирает в учреждениях, предоставляющих уход (больницы, дома опеки), чем в любой из соседних стран (Hedinger и др., 2014). Как упоминалось выше, нужно провести сопоставление с прямым противоречием. Несмотря на то, что только 8% населения хотели бы умереть в доме опеки или больнице, более 80% людей свыше 80 лет и 95% людей свыше 90 лет умирают в больнице или доме опеки (Obsan, 2016). Также будет возрастать разница между постоянно растущими ожиданиями клиентов и желанием оплачивать уход. Список пожеланий может быть бесконечно длинным, но средства для их удовлетворения ограничены. Мы видим здесь, что само общество живет в большом противоречии.

Будущая роль домов опеки в обществе

Управлять или быть управляемым? Это, наверное, самый важный вопрос, стоящий сегодня перед директором дома опеки. Органы управления обычно формируют стратегии на срок от пяти до десяти лет. Чтобы ответить на список вопросов, исследования, касающиеся будущего основное внимание уделяют долгосрочному анализу. Каково возможное, желательное и вероятное будущее спустя 20 или 30 лет? Не только инвестиционные решения по ремонту или строительству новых домов опеки складываются на долгосрочную перспективу. Само устранение устаревших и законченных «бизнес-моделей», не говоря уже о политической структуре, требует стратегического мышления на 20 или 30 лет вперед.

Чтобы предвидеть предстоящие изменения, CURAVIVA Switzerland опубликовала «Модель Жилья и Опеки 2030». Она указывает на пятую генерацию ухода за пожилыми людьми, основанную на четырех столпах. Жизнь в частном пространстве: пожилые люди живут в своих домах (разного размера), с поддержкой на меру потребностей и ожиданий (услуги à-la-carte). Жить на уровне, к которому привык пожилой человек: Лица, нуждающиеся в опеке, захотят соблюдения таких жизненных стандартов, к которым они привыкли, если это будет возможным. Жизнь в сообществе: Для дополнения «жизни в частном пространстве» будет предоставлен ряд возможностей в рамках данного сообщества (общие залы и мероприятия) для удовлетворения различных потребностей. Жизнь в публичной сфере: Учреждение является частью местного сообщества и наоборот. Обеспечено социальное взаимодействие. Особое внимание уделяется жизненному пространству / окрестностям, поскольку жилое пространство (окрестности является частью жилого здания и наоборот).



Living 80+ in apartments	Жизнь лиц в возрасте свыше 80+ лет в квартирах
2 to 3- room apartments, various categories (incl. supplementary services suitability)	2 или 3-комнатные квартиры, разные категории (соответствующая адекватность дополнительных услуг)
A-la-carte services	Услуги a-la-carte
Nursing and attendance	Медсестринская опека и присутствие
Care to end of life	Уход до конца жизни
Specialised care availability	Доступность специализированной опеки
Care and Support: Dementia	Уход и Поддержка: Деменция
Care and support: Palliative Care	Уход и поддержка: Паллиативная Помощь
Care and support: Gerontopsych.	Уход и поддержка: Психологическая помощь пожилым людям
Care and support: Acute and Transitional Care	Уход и поддержка: Неотложная опека и временный уход
Care and support: Acute Care Hospital	Уход и поддержка: Больница интенсивной терапии
Health Centre	Центр здоровья
-hub	- центр
- Care and Support (community and residential)	- опека и поддержка (в рамках общности и жилья)
- Meals and Housekeeping	- питание и ведение домохозяйства
-A-la-Carte services	- услуги A-la-Carte
Therapy Programs	Терапевтические программы
- Basic Medical Care (group practices, pharmacy)	- основная медицинская помощь (групповые занятия, фармацевтические препараты)
- Day and night services	- круглосуточные услуги
- Transport service	- транспортные услуги
Familiar homes	- Известные дома
Accommodation Centre with Leisure Activities	Жилой центр, обеспечивающий развлечения
-Culture	- Культура
-Wellness	- Здоровье
-Fitness	- Хорошая форма
-Public Area: restaurant, cafe, bar etc.	- Общественное пространство: ресторан, кафе, бар и пр.
-Holidays, respite	- Отпуск, отдых

Основополагающим, с точки зрения поставщиков опекунических услуг, является качество жизни пожилого человека в известном ему доме или в выбранном пожилым человеком новом месте проживания. Именно этот аспект считается самым важным. Лица, осуществляющие уход, становятся децентрализованными, гибкими и ориентированными на нужды клиента поставщиками услуг. Это одиночный игрок или разнообразный рынок временного ухода или предоставление услуг из одного источника. Современные дома опеки должны реализовать это видение будущего, посредством создания новых бизнес-моделей. Как государственные, так и частные пайщики или инвесторы должны заметить определенное видение в своих инвестициях.

«Стареющее общество» должно найти не только «политические» решения, позволяющие справиться с проблемой финансирования «демографической ловушки» (люди стареют, пожилых людей становится все больше), так и вопросом «диктатуры пожилого населения» (больше пожилых избирателей, чем молодых). «Стареющее общество» должно быть свободным от многих связанных с возрастом проблем, которые теперь являются табу, а именно старением и умиранием. Именно в этой ситуации дома опеки могут поддержать уникальный пункт продажи, обеспечивая «хорошую жизнь до конца» как институты «инвестирующие в людей».

Источники:

- CURAVIVA Switzerland (2016). The 2030 Residential and Care Model of CURAVIVA Switzerland. The future of care for the elderly.
- Dutoit, L., Pellegrini, S. & Füglistner-Dousse, S. (2016). Langzeitpflege in den Kantonen. Drei Betreuungsmodelle (Obsan Bulletin 13/2016). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- European Commission ECFIN (2015). The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060).
- European Commission (Directorate-General for Economic and Financial Affairs) & Economic Policy Committee (Ageing Working Group), 2016, Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability, ECFIN, Brussels.
- Eurostat (2016). Healthcare resource statistics – beds.
- GfK (2009). Palliative Care 2009. Bevölkerungsbefragung im Auftrag vom Bundesamt für Gesundheit.
- Hedinger, D. et al (2014). Moving to and dying in a nursing home depends not only on health. An analysis of socio-demographic determinants of place of death in Switzerland. PLoS ONE 9(11): e113236. doi:10.1371/journal.pone.0113236.
- Höpflinger, F. & Van Wezemael, J. (Hrsg.). (2014). Wohnen im höheren Lebensalter. Grundlagen und Trends. Age Report III. Zürich: Seismo.
- Knight Frank (2014). European Healthcare: Care homes report 2014. Knight Frank Research Reports.
- Michell-Auli, P.; Sowinski, C. (2013). Die 5. Generation: KDA-Quartiershäuser. Ansätze zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen. Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- OECD (2017). Long-term Care / Long-term Care Resources and Utilisation. OECD Health Statistics 2017.
- Obsan Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2016). Datensituation zu Palliative Care – Auswertung von Daten zum Sterbeort, Analyse im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.
- WHO (2017). European Health Information Gateway: Number of nursing and elderly home beds.

Аад Костер

Клиент – наш хозяин!



Председатель правления EAHSA (Европейской ассоциации домов и услуг для лиц преклонного возраста). После окончания экономического факультета в Амстердамском университете Аад Костер стал работать в Голландском институте по проверке условий труда (в настоящем часть TNO, Голландской организации прикладных исследований). С 1990 по 1994 г. он работал советником по экономическим и финансовым вопросам в тогдашней Голландской федерации по делам ухода, а его деятельность была связана, в частности, с проведением групповых тендеров. Затем он стал членом Национальной ассоциации по делам домашнего ухода (предшественник «Z-org»), где занимал должность начальника отдела по делам работников, затем он занял должность заместителя директора, а потом - директора «Z-org». В 2008-2015 гг. Костер был председателем правления «ActiZ», организации предприятий, связанных с уходом. В 1993-2002 гг. занимал также должность в городском совете. В это время, в течение 18 месяцев он замещал депутата, отвечающего за социальную защиту. Он был также администратором нескольких спортивных организаций. С января 2016 Костер участвовал в нескольких проектах как предприниматель, советник и член наблюдательных советов организаций связанных с уходом. Он является также президентом Европейской ассоциации домов и услуг для лиц преклонного возраста.

Как организации и специалисты по уходу работаем ли мы в пользу наших клиентов? Или, может быть, в пользу страховых компаний или властей (местных), раз именно они несут чаще всего (в большей части) расходы по уходу. По мнению Костера, уход – это работа в пользу клиентов. Автор представит нам свое мнение, объясняя, что это обозначает для организаций и специалистов, работающих в секторе услуг по уходу.

Ива Холмерова

Уход за лицами с деменцией – этический контекст



Общественная и научная деятельность: А) в стране - с 1997 г. член-учредитель и председатель (2003-2014) Чешского общества болезни Альцгеймера; с 2005 г. член Правительственной группы по проблемам старения. Председатель (2007-2011) и вице-председатель (с 2011 г.) Чешского общества геронтологии и гериатрии. Главный организатор и руководитель Пражских дней геронтологии (с 1996 г.). Член научного комитета Гериатрической конференции в Храдец (с 2002 г.). Б) За рубежом – член правления (с 2008 г.) и вице-председатель (с 2010 г.) Alzheimer Europe. С 2008 г. – председатель чешского отделения Международного центра долгожительства (ILC), член ILC Global Alliance. С 2012 г. член правления международной научной ассоциации INTERDEM (Психосоциальная деятельность при деменции). Участник LOC WONCA World Conference 2014 и EAPC European Conference 2014. Член научного комитета Alzheimer Europe conference 2014.

Презентация будет посвящена вопросам избранных этических аспектов, связанных с соответствующим уходом за лицами, страдающими деменцией. Главное, насколько важно поставить правильный диагноз своевременно и обеспечить поддержку после его постановления, предоставить адекватную информацию о диагностике и осуществлять обмен информацией в рамках коллективов, обеспечивающих уход и т.д. Основной целью данной статьи является анализ проблемы ухода за людьми, находящимися на продвинутой стадии деменции, а также этические дилеммы с ней связанные.

Очень часто деменция встречается у людей, живущих в учреждениях долгосрочного ухода. Согласно различным исследованиям, можно сказать, что 70-90% (или даже больше) людей, живущих в таких учреждениях, живут с деменцией. В нашем исследовании мы показали, что в Чешской Республике процент людей, страдающих деменцией, варьируется в зависимости от типа учреждения. Тем не менее, по-прежнему существует очень значительное число: в учреждениях являющихся домами ухода за престарелыми - 66%. В учреждениях специального ухода число составляет 95% и более.

У многих из этих людей диагноз никогда не ставится, несмотря на то, что правильный диагноз в нужное время определяет последующее обеспечение адекватного ухода. Используя понятие правильного диагноза поставленного в нужное время, мы имеем в виду весь диагностический процесс, который необходим для того, чтобы поставить правильный диагноз, начиная от проведения соответствующих исследований и заканчивая постепенным открытием всей проблемы в результате взаимодействия всего коллектива, в зависимости от потребностей и ожиданий людей, страдающих старческим слабоумием. Диагноз чрезвычайно важен как с точки зрения дальнейшей жизни человека, страдающего деменцией, так и заботы, которой окружен пациент. Несмотря на то, что в настоящее время существуют весьма продвинутые и дорогостоящие диагностические методы, позволяющие более тщательно диагностировать болезнь Альцгеймера и другие болезни деменции, они в основном используются для научных исследований. Диагноз деменции не так дорог, как в случае других заболеваний. Диагноз требует получения анамнестических сведений из истории болезни и их правильной оценки, проведения теста основных когнитивных функций, основных лабораторных тестов и, в частности, тщательных клинических испытаний, а также оценки их результатов. Как профессиональные, так и семейные опекуны могут предоставить информацию о симптомах деменции. Эта информация является важной основой для

процесса диагностики. Следовало бы также провести основные когнитивные тесты, такие как напр. MiniCog, MMSE - Mini Mental State Examination, тест рисования часов, MoCA – Монреальский тест по оценке познавательных функций. Следует иметь в виду, что население жителей дома престарелых - это население, в котором деменция выступает повсеместно. По этой причине рекомендуется активно искать симптомы старческого слабоумия. Кроме того, согласно рекомендациям научных обществ, функциональные тесты, проводимые во всех учреждениях по уходу, включая когнитивные функции, должны быть частью общей оценки функции как во время приема пациента в учреждение, так и позже, во время его пребывания. Такие рекомендации предоставляются, в частности, EUGMS - Европейским обществом генетической медицины.

Следует отметить, что в случае некоторых видов деменции, есть лекарства, доступные для уменьшения некоторых из ее симптомов, например используемые при лечении пациентов с болезнью Альцгеймера ингибиторы ацетилхолинэстеразы оказывают положительное влияние не только на когнитивные функции, но могут также помочь смягчить некоторые из психоневрологического и / или поведенческих симптомов деменции. В этом случае использование антидепрессантов может улучшить общее состояние человека и качество его жизни. Нейропсихиатрические симптомы, упомянутые выше, и особенно психоз, которые могут появиться вместе с прогрессией деменции, также могут управляться с помощью соответствующей фармакологической терапии. Следует также отметить, что изменения соматического состояния могут не только усугубить симптомы деменции, но также влиять на появление острого бреда и т.д. у людей, страдающих деменцией. По этой причине ведущую роль играет обеспечение больным надлежащего ухода и медицинского надзора.

Правильный диагноз, поставленный в нужное время, оценка функции и установление потребностей - являются основой для обеспечения надлежащего ухода в этого рода объектах. Эта информация должна быть надлежащим образом распространена среди членов опекунского коллектива. Они должны понимать своих клиентов и их нужды. Они также должны знать, что такое деменция и какие изменения она может вызывать в поведении пациентов, страдающих от этой болезни, и в их реакции на разные ситуации. На мой взгляд, есть несколько ключевых столпов опеки над людьми, страдающими от деменции - факторов, которые обеспечивают то, что опека выполняется надлежащим образом. К таким факторам относятся: познание личности и её проблем (включая тип деменции и признаки, которые ее характеризуют, уровень продвижения заболевания, поведенческие изменения) и эмпатическое понимание нужд лица. Кроме того, речь идет о базовых знаниях о деменции, а также умению работать в коллективе, основанному на обмене знаниями, наблюдениями и опытом с другими членами коллектива.

Очень часто возникают вопросы о том, как обеспечить наилучшую опеку людям с деменцией, каким образом и как лучше всего её обеспечить, какие методы опеки наиболее эффективны. Существует также множество различных направлений и «школ», которые представляют свои методы как наиболее эффективные или, что еще хуже, как «единственные эффективные и необходимые». Это может быть, например, безкритическое использование биографической модели, валидации или многих других методов, рекламируемых для коммерции, которые часто очень дороги. Несмотря на то, что многие из них являются частью хорошей практики, научных данных об их эффективности нет. Согласно тексту, опубликованному в «The Lancet» в июле 2017 года, «наиболее эффективные психосоциальные методы лечения обычно являются мультимодальными, адаптированными к индивидуальным потребностям пациента и включают в себя обучение опекунов, специально разработанное для улучшения их навыков общения и умений преодолевать проблемные ситуации. Также важно адаптировать среду, в которой обеспечивается уход. Нет каких-либо чудесных мер для борьбы с деменцией, и нет каких-либо вмешательств, которые принесут улучшение во всех ее симптомах. Эта истина применима как к лекарственным средствам, так и к не фармакологическим методам. Поэтому необходимо

сосредоточиться на меньших, конкретных и четко определенных целях». Можно также сказать, что в этом тексте упоминаются вышеупомянутые столпы надлежащей опеки: знание конкретного пациента, знание деменции, общение. Мы должны также добавить еще один принцип: способность обеспечить надлежащий уход, состоящий в умении принимать соответствующие позиции, адаптировать среду, в которой обеспечивается уход, и уметь выбирать между многими видами деятельности и методами, чтобы те, которые применяются в полной мере соответствовали нуждам и ожиданиям людей, страдающих деменцией.

Среди методов, основанных на научных данных, можем упомянуть, например, когнитивную стимуляционную терапию (CST – Cognitive Stimulation Therapy), эффективность которой была подтверждена наибольшим количеством исследований. Эта терапия, как правило, имеет групповой характер, что позволяет использовать ее в домах опеки, особенно у пациентов с легкой или умеренной деменцией. Терапия состоит из сеансов, проводимых обученным фасилитатором, которые сочетают в себе как элементы социального действия, так и воспоминания, сенсорную стимуляцию и множество простых когнитивных упражнений. Эффект CST на когнитивные функции аналогичен эффекту, индуцированному ингибиторами ацетилхолинэстеразы. Поэтому он был рекомендован в качестве стандартной части опеки, оказываемой учреждениями из разных стран (например, в Великобритании лечение было рекомендовано NICE).

Это многоаспектная интервенция. Стандартная модель CST предусматривает групповую терапию, состоящую из 14 тематических сеансов (создана базовая программа для 14 различных занятий, которые можно изменить и дополнить). Эти занятия проводятся два раза в неделю, и каждое из них длится около 45 минут. Занятия начинаются с разминки некогнитивного характера - беседы, занятия сидя, пение. Позже следуют различные познавательные упражнения. Занятия сосредоточены на темах, связанных с различными областями жизни, такими как: воспоминания о детстве, приготовление пищи, получение удовольствия от еды, текущие события, использование денег, социальные игры, карточные игры, сценки, словесные игры и т. д. - все в зависимости от привычек, господствующих в данном месте. Модель CST состоит из различных видов деятельности, собранных в структурированный вид. Она может использоваться в различных типах учреждений, обеспечивающих уход за пациентами, находящимися в диапазоне от легкой до средней степени деменции.

Люди с деменцией часто также имеют нейropsychиатрические симптомы (известные также как BPSD - поведенческие и психологические симптомы деменции). Самые важные из них - психоз и побуждение.

Наступление психоза и побуждения может быть вызвано причинами, которые можно вылечить, такими как бред. Это также может быть связано с ухудшением слуха или любыми другими чувствами или дискомфортом, физическими заболеваниями или болью, требующими лечения. Все перечисленные здесь ситуации требуют соответствующей терапии и ухода. На психоз или побуждение также могут влиять такие факторы, как неадекватный подход к пациенту со стороны персонала и чрезмерная стимуляция в среде, которые могут, в частности, влиять на повышенное побуждение. Все вышеуказанные причины следует рассматривать, анализировать и лечить, когда это только возможно. Также здесь можно увидеть ту огромную роль, которую играет коллективная работа. Это связано с тем, что персонал, предоставляющий прямой уход за пациентом, располагает, несомненно, самой большой информацией о данном человеке, его проблемах, симптомах. Медсестры, в свою очередь, могут предоставить ключевую информацию об изменениях в состоянии здоровья. Необходимо также учитывать всю информацию и оценивать ее с участием врача. Существует также потребность в контакте с другими людьми, которая также касается лиц страдающих от деменции. Все эти факторы лежат в основе создания плана справляться со сложными ситуациями. Этот план включает как уход, так и применение фармакологической терапии в тех случаях,

когда это необходимо. Абсолютно необходимо то, чтобы все члены коллектива были ознакомлены с планом и следовали за ним, предоставляя одновременно обратную связь для дальнейшего улучшения качества предоставляемых услуг.

Рекомендуется, чтобы план профилактики стимуляции и других нейропсихиатрических симптомов и их контроль также включали в себя стремление к приятным действиям, а также таким, которые придают занятию смысл. Стоит отметить роль социальной вовлеченности и сенсорной стимуляции - согласно предпочтениям пациента. Мы принимаем решение только о фармакологической терапии, когда симптомы настолько серьезны, что их нельзя контролировать с помощью не фармакологических методов.

С развитием деменции возрастает потребность в помощи и поддержке. Потеря независимости, ухудшение соматического состояния, повышение чувствительности и слабости указывают на прогрессирование заболевания и растущую потребность в целостном подходе, включающем еще более специализированный уход за здоровьем. Тем не менее, уход за здоровьем должен быть лишь частью комплексной опеки, оказываемой пациентам, страдающим деменцией. Следует также учитывать другие психосоциальные и духовные потребности.

Несмотря на то, что деменция является, в принципе, прогрессирующим заболеванием, которое вызвано, в основном, неизлечимыми и смертельными нозологическими единицами (например, болезнь Альцгеймера, лобно-височная деменция и другие формы нейродегенеративных заболеваний), проблематике продвинутой деменции не посвящено, до сих пор, такого количества внимания, которая соответствовала бы ее существенности. Международный коллектив проекта Palliare (который финансировался из программы Erasmus+) провел интегративный обзор доступной литературы, качественное исследование, касающееся опыта лиц, находящихся в продвинутой стадии деменции и членов их семей в разных странах, обзор национальной политики и международных документов, касающихся прав человека и старческого слабоумия. Вышеупомянутые исследования были проведены в 7 европейских странах, участвующих в проекте (Шотландия, Чехия, Финляндия, Португалия, Словакия, Испания, Швеция). На основе собранной информации и накопленного опыта рекомендации по лучшей практике были приняты рекомендации, касающиеся самых лучших практик и которые широко обсуждались среди экспертов на двух международных консенсусных конференциях. Рекомендации по хорошей практике опубликованы и доступны на веб-сайте проекта «Palliare». К ним относятся несколько областей, которые исследовательская группа считает решающими для ухода за людьми на поздних стадиях деменции. Существует 6 основных областей интересов: защита прав и достоинства людей, страдающих деменцией. Планирование ухода. Работа с симптомами. Сохранение наилучшего качества жизни. Поддержка семьи и друзей. Распространение передовой практики.

Надеемся, что эти рекомендации могут послужить отправной точкой для дальнейших обсуждений вопросов по уходу за людьми с поздними стадиями деменции и дальнейшего повышения уровня предоставляемой помощи.

Слова благодарности: Этот реферат и доклад разработаны на основании результатов исследовательского проекта „Czech Austrian Long-Term Care Project DEMDATA GF16-34873L of Charles University Faculty of Humanities“, PALLIARE Erasmus+ KA 2 Project. Цитаты, используемые в тексте, принадлежат «The Lancet»: Dementia prevention, intervention, and care: *Gill Livingston, Andrew Sommerlad, Vasiliki Orgeta, Sergi G Costafreda, Jonathan Huntley, David Ames, Clive Ballard, Sube Banerjee, Alistair Burns, Jiska Cohen-Mansfield, Claudia Cooper, Nick Fox, Laura N Gitlin, Robert Howard, Helen C Kales, Eric B Larson, Karen Ritchie, Kenneth Rockwood, Elizabeth L Sampson, Quincy Samus, Lon S Schneider, Geir Selbæk, Linda Teri, Naaheed Mukadam*. Published online July 20, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)

Сирпа Элизабет Салин

Требования к уходу и услугам, и реальные возможности ухаживающих лиц



Сирпа Салин имеет ученую степень кандидата наук, с 2011 года работает старшим преподавателем в области образования, исследования и развития геронтологического сестринского ухода в Университете прикладных наук в Тампере (Факультет здравоохранения). Её работа заключается в обучении сестринскому делу на различных уровнях, подготовке сестринских курсов, а также планировании и осуществлении проектов в сотрудничестве с больницами и поликлиниками. Ранее она работала 4 года на должности преподавателя в университете в Тампере, и два года, как руководитель проекта в университетской клинике в этом же городе. В 1999-2005 гг. занимала должность директора дома-интерната. В 2008 закончила кандидатскую диссертацию, посвященную вопросам краткосрочной заместительной терапии для пожилых людей. Её очередные исследования касались участия пожилых людей в специальных программах по уходу, а также администрирования процессом ухода. Она является автором более десяти научных статей и многих других публикаций. Результаты своих научных изысканий она представляла на научных конференциях, на трех континентах. Рецензирует также статьи для финских и международных научных журналов.

Финское общество стареет в быстром темпе, и, в связи с этим, меняется вся демографическая структура. Прогнозы показывают, что, в частности, число людей в самых пожилых возрастных группах растет, что увеличивает спрос на услуги по уходу, поскольку именно пожилые люди в наибольшей степени характеризуются самой наибольшей несамостоятельностью. Для решения проблем стареющего общества необходимо предпринять твердые меры.

В настоящее время финская социальная и медицинская система здравоохранения претерпевает значительные изменения, целью которой являются сокращения разницы между благосостоянием и здоровьем людей, что сделает услуги более доступными и однородными, а также уменьшит рост расходов. С начала XXI века структуры в секторе опеки над престарелыми были подвергнуты государственной реформе, направленной на то, чтобы позволить пожилым людям оставаться и жить в своих собственных домах, сокращать число людей, живущих в учреждениях опеки, и адресовать больничные услуги людям, живущим в их собственных домах, а также тем пациентам, которые вскоре будут выписаны домой.

Большинство пожилых людей не нуждается в регулярных социальных или медицинских услугах. Правительство Финляндии осуществляет политику, которая облегчает пожилым людям оставаться в своих домах как можно дольше. Цель состоит в том, чтобы к 2017 году 92% людей в возрасте старше 75 лет жило самостоятельно в своих домах или при поддержке социальных служб. Из этого процента 13%, как ожидается, должно жить в своем собственном доме и получать регулярный уход, 5% будут жить в домах опеки, предназначенных для лиц, не требующих круглосуточной помощи, а остальные 3% будут размещаться в учреждениях долгосрочного ухода для наиболее несамостоятельных лиц. К концу 2015 года 22% людей свыше 75 лет получали уход в своем доме или в доме опеки. Однако в последние годы доля людей, получающих уход на дому, уменьшилась.

Чтобы обеспечить пожилых людей социальными и медицинскими услугами, финское правительство приняло так называемый «Закон о пожилых людях» в целях содействия благосостоянию пожилых людей,

поддержки их участия и обеспечению финансовых ресурсов, а также содействия самостоятельной жизни путем вмешательства, когда функциональные возможности пожилых людей снижаются или находятся под угрозой. Еще одна важная цель - предоставить доступ к оценке услуг и их наличию. Чтобы выполнить предусмотренные законодательством обязательства, правительство предпринимает действия по продвижению развития опеки за престарелыми в их собственных домах, а также неформальной медицинской помощи для людей всех возрастных групп. Эти действия являются одной из ведущих инициатив правительства, направленных на обеспечение здоровья и благополучия пожилых людей, позволяющих им жить в своих домах как можно дольше.

Пожилые люди и их семьи стали свидетелями крупных структурных изменений в секторе опеки, которые привели к следующим тенденциям. Больше пожилых людей получают медицинскую помощь в чрезвычайных ситуациях, а пребывание в больницах, как правило, это краткие сроки. С начала XXI века минимизируется институциональная опека, а доля людей, получающих уход, снижается, в то же время увеличивается важность неформального ухода. Процесс получения помощи - сложный и бюрократический, потому что система услуг является довольно разобщенной. Несмотря на амбициозные правительственные цели, сектор услуг не был должным образом реформирован. Интегрированные пути опеки не работают должным образом, что приводит к слишком большому количеству переходов из одного учреждения в другое, особенно для очень продвинутых в возрасте людей. Тот факт, что система здравоохранения и социального обеспечения только частично улучшена, вызывает страдания пожилых людей и их семей.

Согласно докладу, опубликованному в 2013 году, 40% людей в возрасте 55-70 лет (т.е. будущие пользователи опекунских услуг) хотели бы остаться в своем собственном доме, даже если пребывание в доме опеки не вызвало бы каких-либо финансовых затрат. Наибольшими расходами среди респондентов были выбор места жительства. Большинство людей хотели бы воспользоваться услугами по уходу за собой в своем собственном доме, даже если институциональная помощь была бы в значительной степени субсидирована государством. Однако значительно меньшее количество людей предпочли бы переехать в дом опеки, предназначенный для лиц, не требующих круглосуточной помощи, даже если бы это было субсидировано в незначительной степени. В целом, люди, рожденные во время детского бума в 1950-х годах, готовы тратить деньги на услуги по уходу.

В период с 2010 по 2025 год для сектора здравоохранения и социального обеспечения потребуется от 79 000 до 125 000 новых сотрудников, в основном из-за стареющего населения. В это же время послевоенные бэби-бумеры уйдут на пенсию. Будет очень сложно обеспечить достаточное количество квалифицированных работников сектора опеки. Опекун пожилых людей – эта профессия к сожалению, не является привлекательной, отчасти потому, что отрасль не пользуется положительным общественным имиджем. Медсестры, которые недавно закончили учебу, считают, что уход за пожилыми людьми не позволяет им использовать специализированные навыки или знания.

У более 40% пожилых людей, получающих уход на дому, диагностированы нарушения памяти, а у более 80% когнитивные расстройства. Часто такие люди живут одни, и многие из них страдают от одиночества или чувства социальной потерянности. Домашний опекун может быть единственным человеком, с которым они имеют контакт в течение дня или недели. Согласно рапорту, подготовленному Национальным институтом здравоохранения и социального обеспечения, спрос по уходу на дому растет, в то время как количество соответствующих сотрудников сокращается. Такая работа более обременительна, чем раньше, что проявляется в увеличении числа дней, в течение которых опекуны находятся на больничном. Это число составляет в среднем 30 дней. Те, кто работает со взрослыми людьми, считают, что им не хватает времени, чтобы выполнять свою работу так хорошо, как бы хотелось. Соотношение числа медсестер к числу пациентов составляет лишь 20% от числа в домах круглосуточной опеки, а количество человеческих ресурсов еще меньше по вечерам и по выходным. Домашний уход,

который измеряется количеством посещений на дому, а не их продолжительностью, является очень сложной работой и оставляет мало времени для реабилитации.

Согласно исследованиям, те, кто получает уход на дому, не удовлетворены уровнем оказываемой им психосоциальной поддержки. Почти половина респондентов заявили, что не получают достаточных стимулов для самостоятельного управления собственной жизнью. Услуги по уходу являются фрагментарными и предоставляются несколькими сторонами, что затрудняет координацию опеки и установление ответственности за уход за пациентами. Такие обстоятельства могут способствовать ослаблению функциональных способностей подопечного, в связи с чем опекун может направить его только в больницу. Среди респондентов число переходов за последние два года жизни варьировалось от нуля до более ста, увеличиваясь по мере приближения к смерти. Примерно 87% людей в исследовании испытали по крайней мере один переход из дома в опекунский центр или из одного опекунского учреждения в другое за последние два года жизни. (Aaltonen и др., 2010)

Мудрые решения могут внести значительный вклад в создание общества, которое лучше служит благополучию пожилых людей. Важно разработать новые модели и конвенции, которые отвечают изменяющимся социальным структурам. Технология предоставила много возможностей для сектора опеки над пожилыми людьми: в настоящее время в Финляндии ведется много экспериментальных проектов. Законы, политические рекомендации и государственные проекты указывают на лучшее будущее, в котором пожилые люди будут оставаться в полной мере вовлеченными членами общественной жизни.

Библиография:

Aaltonen M, Forma L, Rissanen P, Raitanen J & Jylhä M. 2010. Transitions in health and social service system at the end of life. *Eur J Ageing*, 7:91–100.

Eloranta, S., Arve, S., Viitanen, M., Isoaho, H. & Routasalo, P. 2012. Ikäihmisten psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa. *Hoitotiede* 24 (1), 14–26. Abstract in English.

Finne-Soveri H., Mäkelä M., Noro A., Nurme P. & Partanen S. 2014. Vanhusten hoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. *Terveystieteiden tutkimus. Suomen lääkärilehti* 69 (50-52), 3467-3473. Abstract in English.

Finnish Institute of Occupational Health. <https://www.ttl.fi/>

<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/tietoja-rai-jarjestelmasta>

Lihavainen, K., Sipilä, S., Rantanen, T., Kauppinen, M., Sulkava, R. & Hartikainen, S. 2011. Effects of comprehensive geriatric assessment and targeted intervention on mobility in persons aged 75 years and over: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation* 26 (4), 314-326.

National Institute for Health and Welfare (2015). https://www.thl.fi/thl-liferay-theme/images/thl_common/thl-logo-en.png

Ministry of Social Affairs and Health (2017). [Quality recommendation to guarantee a good quality of life and improved services for older persons 2017–2019](#). Publications of the Ministry of Social Affairs and Health.

Ministry of Social Affairs and Health, 2011. Socially sustainable Finland 2020. Strategy for social and health policy. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3136-7>

Ministry of Social Affairs and Health, 2008. Quality recommendation to guarantee a good quality of life and improved services for older persons 2008–2017. Publications of the Ministry of Social Affairs and Health.

Pursiainen H. & Seppälä T. 2013. Hoivakodissa vai kotihoivassa? Suurten ikäluokkien halukkuus maksaa vanhuspalveluista. *Tutkimukset* 173, Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. (In Finnish).

Suhonen, R., Röberg, S., Hupli, M., Koskeniemi, J., Stolt, M. & Leino-Kilpi, H. 2015. Muistipotilaiden optimaalisen palvelukokonaisuuden ominaisuudet. *Hoitotiede* 27 (4), 259-273. Abstract in English.

Матей Лейсал

Культура мультидисциплинарного коллектива – Потребитель/Пациент/Клиент/Человек



С 2006 г. Матей Лейсал занимает должность директора Дома Sue Ryder в Праге, неправительственной организации, оказывающей социальные и медицинские услуги лицам преклонного возраста. Его основная роль состоит в стратегическом управлении организацией, развитии услуг, разработке инноваций и сборе денежных фондов от благодетелей. Он является также преподавателем на Факультете социальной защиты и управления здравоохранением Карлового университета в Праге, где он ведет занятия по экономике социальных и медицинских услуг, системам социальной и медицинской защиты, а также по управлению человеческими ресурсами. Кроме того с 2012 года он является членом Правительственного совета по вопросам неправительственных организаций и не-профит организаций. Матей Лейсал участвует также активно в работе многих рабочих групп в Министерстве Социальных дел и на муниципальном уровне.

Краткое описание:

Подход, связанный с междисциплинарным коллективом (MDT) признан одним из наиболее эффективных и результативных способов обеспечения и планирования опеки. MDT создает уникальную коммуникационную структуру и конкретные стратегии решения проблем и конфликтов. Тематическое исследование по внедрению успешной паллиативной опеки в учреждении, являющемся центром опеки для пожилых людей, иллюстрирует возможные проблемы и преимущества среды MDT. Эта статья дает более глубокое представление о результатах подхода MDT для резидентов домов опеки и методах управления, применяемых к различным профессиональным культурам, а также различиях в компетенции членов MDT и эффективных коммуникационных структур.

Вступление:

Растущая средняя продолжительность жизни означает, всего-навсего, более длительную жизнь. Вызовом для качества лет, добавленных к жизни человека - это жизненный период с болезнью и необходимостью поддержки в повседневной жизни (ADL). Стационарные учреждения долгосрочной опеки (LTC) в Чешской Республике информируют о растущем числе людей с высокими многогранными нуждами (Prusa, 2013). Последние исследования (например, Nancarrow et al., 2015) показывают, что растущая сложность нужд может быть решена посредством междисциплинарной коллективной работы. По мнению некоторых авторов, сотрудничество по принципу «multi-inter-trans» является непрерывным (Sfectu, 2013), они используют термин в данном контексте, в то время как другие используют этот термин взаимозаменяемо. (Wilson, Pirrie, 2000). Определение, используемое Nancarrow (Nancarrow et al., 2015, 438), было использовано в этой статье. Для целей настоящей статьи междисциплинарный коллектив - это «коллектив лиц, среди которых имеются специалисты, социальные работники и администраторы, часто из разных агентств, работающие в соответствии с той же политикой и сфокусированным подходом, сосредоточенным на четкой цели».

Выводы из исследования Nancarrow документируют значительный положительный эффект, касающийся качества оказываемых услуг, предоставляемых домами опеки, осуществляющими деятельность на основе интегрированного подхода MDT. Похоже, что интеграция работы и подход в форме MDT представляют собой четкую цель, связанную с управлением. В первую очередь следует учитывать посреднические структуры и барьеры, связанные с введением подхода MDT в дом опеки. В тематическом исследовании показаны отдельные аспекты, связанные с введением подхода MDT в дом опеки.

Пример:

Дом опеки «Sue Ryder» - это лечебно-опекуновское учреждение, обеспечивающее долгосрочный уход за 52 пожилыми людьми, средний возраст которых составляет 87 лет. Комнаты и резиденты разделены на два «отделения» по организационным, техническим и административным причинам. Стратегия учреждения заключается в том, чтобы сосредоточиться на предоставлении услуг, целенаправленных на личность (Hrda, 2016). Интеграция паллиативного подхода была решением, принятым на основании результатов комплексной оценки оказываемых услуг, проведенной в 2015 году. Процесс этой трансформации был связан с созданием структуры MDT и связанных с ней структур и действий. Паллиативная опека основана, в своей сущности, на междисциплинарном подходе. (Радбрух, 2009). Лица, осуществляющие некоторые из профессий (медсестры, социальные работники, опекуны¹, терапевты в области питания, психотерапевты, реабилитанты) в течение многих лет участвовали в предоставлении услуг в домах опеки. Необходимо было тогда не только обладать компетентностью (знаниями и навыками) в области прямого ухода, что было результатом внедрения паллиативной опеки. Интеграция паллиативной опеки требовала нового подхода в сфере принятия решений, поскольку он должен приниматься на основе консенсуса всех участников. Требуется четкость и разделение подходов в отношении вопросов, связанных с окончанием жизни в рамках коллектива. Необходим также достаточный уровень взаимного доверия. Следовало создать процессы и новые структуры для обмена информацией и планирования опеки. Первоначальная линейно-иерархическая структура стала препятствием для эффективного сотрудничества. Необходимо было внедрить правила, являющиеся элементами коллективной работы.

Изменение структуры коллектива (с линейной на функциональную) было рассмотрено членами MDT как «намного большее». Этот способ восприятия интенсивности изменений может быть связан с тем, что это изменение показывает различия между профессиональными культурами (Hall, 2005). Члены MDT информировали о чувстве «интенсивного межличностного общения», «отсутствия четкого лидера в принятии решений», «бремени ответственности за собственное мнение» и «гораздо больше обсуждений и конфликтов по поводу тривиальных проблем». С другой стороны, упоминается также «замечательный опыт взаимопонимания», «обмен успешными случаями, связанными с концом жизни и празднованием их (!)». Общую оценку изменения персонала можно подытожить словами «значительная, но очень позитивная» Холл (2005), в чем предполагается, что четкая цель для MDT служит в качестве посредника.

Сочетание паллиативной опеки с четкой целью (Разрешение жителям провести последний этап своей жизни в соответствии с их собственными вкусами) и измеримые результаты (количество жителей с расширенными планами опеки, число жильцов, которые умерли там, где они пожелали – «показатель соответствия по отношению к месту смерти»), послужили в качестве посредников для интегрированного подхода MDT. Характер этой цели помог изменить мышление каждого из членов MDT, с мышления, основанного на определении границ его/ее профессиональных обязанностей и его/ее индивидуальной роли на мышление, основанное на предоставлении его/ее компетенций (знаний, навыков, подхода) в пользу коллективного достижения (качества жизни резидентов).

¹ Согласно чешскому законодательству, опекуны являются отдельной профессиональной группой. К сожалению, существует значительное расхождение между знаниями и навыками, требуемыми работодателями (они намного больше), и образованием и профессиональной подготовкой, необходимыми для того, чтобы стать профессионалом.

Принцип четкой и узнаваемой цели содержится в трех конкретных подразделениях MDT:

- Управляющее MDT, где каждая специализация представлена менеджером (или одним специалистом). Управляющее MDT участвует в стратегическом планировании. Коллектив отвечает за разработку политики и стандартов обслуживания. Члены коллектива еженедельно собираются для обновления информации. На этом уровне также проводится ежемесячная оценка каждого случая.
- Операционное MDT состоит из представителей каждой специализации, которые назначаются перманентно в данный «отдел» и отвечают за повседневное функционирование, доступность ресурсов (людей, знаний, времени, оборудования и пространства). Члены коллектива ежедневно собираются для обмена оперативной информацией и обновлениями. Существует также еженедельная оценка приоритетных случаев, в которой участвует врач.
- MDT по теоретическому исследованию создается для каждого резидента. Коллектив отвечает за отдельные случаи и комплексное планирование опеки. Встречи коллектива проводятся не реже двух раз в год или по мере необходимости. Высокоприоритетные случаи (люди на последней стадии жизни) обсуждаются ежедневно или даже чаще.

Возможности:

MDT требует постоянной поддержки и культивирования внутренней культуры. Новые члены коллектива, его динамика и постоянные различия между профессиональными культурами, которые вызывают напряжение, требуют постоянной поддержки, развития компетенций и структур поддержки (например, обмена документацией). Менеджеры и члены MDT должны признать тот факт, что в случае подхода MDT необходим «подход, ориентированный на Клиента» и ресурсы для самого коллектива.

Библиография:

Borril et al. Team Working and Effectiveness in Health Care [Praca Zespołowa a Skuteczność w Opiece Zdrowotnej]. Dostępne pod adresem: <http://homepages.inf.ed.ac.uk/jeanc/DOH-glossy-brochure.pdf>

HALL, Pippa. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers [Коллективная работа между специалистами из разных областей: профессиональные культуры как барьеры]. *Journal of Interprofessional care*, 2005, 19.sup1: 188-196.

HRDÁ, Karolína. Péče zaměřená na člověka v domově pro seniory [Опека, ориентированная на человека в доме опеки для престарелых].

NANCARROW, Susan A., et al. Qualitative evaluation of the implementation of the Interdisciplinary Management Tool: a reflective tool to enhance interdisciplinary teamwork using Structured, Facilitated Action Research for Implementation [Качественная оценка внедрения междисциплинарных административных инструментов: рефлексивный инструмент, который улучшает междисциплинарную совместную работу с использованием Упорядоченных, Облегчающих Работу Действий по Внедрению]. *Health & social care in the community*, 2015, 23.4: 437-448.

PRŮŠA, Ladislav. *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči [Экономическая эффективность в оказании опеки бенефициарам услуг, связанных с уходом]*. Praha: VÚPSV, 2013. ISBN 978-80-7416-120-9, 2013.

RADBRUCH, Lukas; PAYNE, Sheila. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. [Отчет о стандартах и нормах для хосписа и паллиативной опеки в Европе: часть 1]. *European journal of palliative care*, 2009, 16.6: 278-289.

SPECTU, Raluca. Collaborative practices in mental health care: multidisciplinary teamwork or inter-professional collaboration groups? [Практика, основанная на сотрудничестве в области охраны психического здоровья: междисциплинарная коллективная работа или междисциплинарные группы сотрудничества?] *Management in sanitate*, 2013, 17.2: 21-24.

WILSON, Valerie; PIRIE, Anne. *Multidisciplinary teamworking indicators of good practice [Показатели хорошей практики в междисциплинарной коллективной работе]*. Scottish Council for Research in Education, 2000.

Артур Каспрович

Счастью нужен товарищ, то есть, удовлетворение от работы с людьми



Кандидат экономических наук в области бизнеса и экономики управления. Имеет опыт и добился успехов в различной бизнес-среде. Ведет различные проекты, относящиеся к качеству бизнеса, управления человеческими ресурсами, нетворкинга, а также коммерциализации продуктов и услуг. Он реализовал также проекты, связанные с качеством человеческих ресурсов в коммерческих организациях и не-профит организациях. Его академический и научно-исследовательский опыт относится к удовлетворению от работы, бизнес-аналитике и анализу человеческих ресурсов в коммерческих организациях. Он является собственником и генеральным директором фирмы «Servitour Consulting», а также совладельцем Центра развития здоровья ребенка в Быдгоще. Он также учредил фонд «Papillon», который помогает детям с аутистическим спектром.

В настоящее время можно констатировать, что материальные выгоды перестают играть важную роль в поведении работников, которые в своем выборе все чаще принимают во внимание психологические преимущества, в том числе удовлетворение на рабочем месте, профессиональную удовлетворенность и личное счастье. Происходит все более четкий переход от «*homo economicus*» к «*homo satisfactius*». Таким образом, эта ситуация ставит новые задачи в плане построения отношений в трудовых коллективах и реализации профессиональных путей развития работников.

Анализируя капитал счастья работника в контексте управления организацией можно указать на два его основных источника:

- личностный источник, вытекающий из осуществления личных целей,
- источник коллективного счастья, вытекающий из сопричастности работника к группе людей, преследующих определенные цели, совпадающие с целями организации, в которой он работает.

Стимулирование капитала личного счастья важно с точки зрения интересов личности и роли, которую он играет или хочет сыграть в выбранных им социальных и деловых отношениях. Зато стимулирование капитала счастья Организацией имеет намного более широкий контекст и здесь развитие работника (на всех уровнях) следует понимать в перспективе развития всей организации. Оптимальная ситуация возникает тогда, когда нужды единицы совпадают с целями и задачами, поставленными Организацией.

Истинная ценность человека заключается в силе его разума. Сила разума позволяет ему функционировать в условиях непрерывного изменения и использовать данное непостоянство для осуществления личных целей, как детерминанту счастья. Кроме того, истинная ценность Организации должна заключаться в силе разумов её сотрудников, а более конкретно - в коллективной силе разумов. На практике часто существуют большие расхождения между индивидуальным разумом работника и коллективным разумом Организации, а достижение идеального уровня капитала счастья в обоих случаях является трудным и не для всех понятным.

В индивидуальном разуме большинства работников наибольшими ограничениями в достижении состояния счастья являются: прошлое и будущее. Исходя из предыдущих отношений в прошлом, поведения или ситуаций, человек испытывает негативные чувства, такие как чувство вины, обиды, боль, печаль, обиду, горечь, зависть и т.д. Именно эти негативные эмоции обуславливают его, также отрицательное, самочувствие в настоящее время, например: после обращения внимания на что-то обиженный работник вводит нервную атмосферу или менее эффективно выполняет свои обязанности, планируя сменить работу. Кроме того, его поведение определяют также будущие обстоятельства, например: обиженный работник на заседании коллектива может планировать месть в будущем в отношении коллеги или руководителя. Сниженный уровень удовлетворенности чувствует также работник, у которого слишком много времени тратит на негативные ситуации в будущем, которые де-факто еще не возникли или вообще не произойдут. Появляются такие негативные эмоции, как: тревога, напряжение, стресс, страх, беспокойство, неуверенность.

Правильная установка индивидуального разума содержится в настоящем, только «здесь и сейчас» он способен генерировать оптимальный уровень счастья. Только счастливый человек способен достичь такого капитала счастья, что будет он в состоянии этим счастьем и радостью делиться с другими людьми, и вследствие этого:

- строить межличностные отношения на высоком уровне,
- работать на более высоком уровне активного участия, как в своих делах, так и группы,
- творчески и эффективно выполнять свои задачи,
- создавать дополнительные ценности, например, более высокое качество отношений с клиентами, положительно влияя на имидж Организации.

В противном случае он может делиться только отрицательными эмоциями, снижая уровень счастья группы или кормить себя счастьем за счет других, также снижая уровень коллективного счастья.

Одной из основных задач любой Организации является создание эффективных групп работников. В конце XX века, эффективность в управлении человеческими ресурсами измерялась, в частности, по эффективности использования трудового времени, по прогулам работников, по сверхурочным часам, по текучести кадров (количество выходов, потерянных в результате ухода и времени на набор новых работников), уровня удовлетворенности клиентов и т.д. Работник оценивался на основе выполненных планов и показателей, а неэффективные работники получали увольнение с работы. Сегодня руководители, управляющие Организацией, все больше осознают, что подавляющее большинство вышеуказанных факторов является результатом низкого уровня счастья личного счастья работника и низкого уровня счастья рабочих групп. Можно также констатировать, что высокий уровень счастья в коллективах (создаваемый каждым работником отдельно) непосредственно влияет на эффективность деятельности и достижений Организации. Именно коллективный уровень удовлетворенности влияет на самые важные сферы развития Организации, которые включают, в случае:

- клиента - качество обслуживания и оказываемых услуг,
- собственников - стабильную рентабельность, прозрачность, дальнейшие перспективы развития компаний,
- партнеров и контрагентов - непрерывность деятельности, правильные и предсказуемые отношения, взаимовыгоду,
- общества - этические и нравственные действия, образ социально ответственной организации.

Таким образом, счастье не только нуждается в содружестве – оно его создает, расширяет на оптимально высоком уровне отношений.

Поэтому, забота о капитале коллективного счастья работников определяет все эффекты оптимального функционирования Организации. Не забывая о том, что на капитал счастья группы работников складывается уровень счастья каждого из её участников.

Появилось понимание того, что направление отношений является обратным. Менеджеры в современных Организациях должны акцентировать построение, мониторинг и рост капитала счастья в подчиненных им трудовых коллективах.

Organizers:



Together we change
the world



European Association
for Directors and Providers
of Long-Term Care Services
for the Elderly



Polish Association
of Organisers and Managers
of Social Welfare
and Health Protection



Polish Society
of Long-Term Care

Partner:



Марио-Риитта Рикала

Ожидания работников домов-интернатов и действительность



Дипломированная медсестра, дипломированный специалист в области здравоохранения, Отдел услуг для пожилых граждан города Тампере, Финляндия.

Марио-Риитта занимает руководящую должность в сфере ухода за людьми преклонного возраста. Кроме выполнения обычных служебных обязанностей она координирует также разработку программного обеспечения для поддержки качества жизни пожилых людей. Ранее она работала руководителем проекта из области социальных услуг, старшей медсестрой в хирургическом отделении, а также научным сотрудником в Университете Тампере.

Финляндия является одной из стран Европы с самым быстрым повышением старения населения. Увеличение продолжительности жизни и низкий уровень рождаемости приведут к постоянным изменениям в его возрастной структуре. Увеличится число пожилых людей, в то время как число детей и молодых людей сократится настолько, что население трудоспособного возраста будет сокращаться. Изменение возрастной структуры повлияет на общество в целом. Предоставление услуг пожилым людям является трудной задачей и насущным вызовом в связи с сокращением численности людей на рынке труда.

Считается, что около 16% работающего населения работает в сфере здравоохранения и в сфере социальных услуг. В этом секторе преобладают женщины, а мужской пол составляет лишь 12% трудоустроенных. Выход на пенсию этих работников станет еще одной проблемой. Вследствие этой «волны пенсионных пособий» появится необходимость сотрудников в отрасли учреждений опеки и ухода на дому.

Исследования показывают, что люди, работающие в этой отрасли, имеют схожие ожидания для своей работы. Они, в основном, выполняют свое профессиональное призвание, чтобы помогать пожилым людям. Они ожидают, что их работа будет интерактивной, с гуманитарным элементом. Характер этой работы - придать ей смысл. Работники ожидают от руководителей равного и справедливого обращения, а также приверженности и конструктивной обратной связи.

Из комплексных опросных методов исследований, проведенных гминой, следует, что работники в этой отрасли получают больше поддержки со стороны своих руководителей, чем когда-либо прежде. Исследования также показывают, что тенденции справедливого управления растут. Справедливое управление предполагает меньшее число отпусков по болезни. В Финляндии количество пропусков, вызванных болезнью, велико. Согласно вышеизложенным опросным исследованиям и другим исследованиям, работа в сфере ухода является как физически, так и умственно сложной. Увеличивается темп работы, а также ее количество. Растут сообщения о насилии. Все больше работников считают, что эти изменения более значительны, чем раньше. Они ожидают эффективного управления, открытого взаимодействия и повышения квалификаций персонала в своих организационных единицах. Для них является важной хорошая атмосфера в рабочей среде и поддержка начальства. Характер их работы и то, что они могут повлиять на качество жизни их подопечных, приводят к тому, что их удовлетворенность растет, что, в свою очередь, способствует повышению качества оказываемых ими услуг и качества ухода во всей отрасли.

Постоянные изменения – это задача и вызов для руководства. Трудовые коллективы должны использовать имеющиеся данные для разработки новых инициатив.

Мартина Пойер

От государственного дома-интерната до современного услугодателя.
Процесс управления специальными медико-социальными учреждениями сопутствующий изменению от 1. до 5. поколения



Мартина Пойер, отвечает за дома-интернаты и центры дневного ухода в рамках Центров гериатрического ухода города Грац (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz). Организация охватывают 4 дома-интерната с 406 жителями и 2 центра дневного ухода, один из которых специализируется на уходе за лицами с деменцией.

ИЗВЛЕЧЕНИЕ

За последние 50 лет в домах опеки произошел огромный сдвиг в парадигме. Отдел Немецкой гериатрической помощи (KDA) описывает 5 поколений домов опеки. Ранее говорилось о «задержанных пансионерах», сегодня, в свою очередь, современные концепции руководствуются нормальностью повседневной жизни и сосредоточены на интеграции жителей в учреждениях. Чтобы быть готовыми к будущему, современные дома опеки считают себя поставщиками уже сегодня. Это связано с тем, что потребность в заботе и потребностях жителей растет, а также растут ожидания членов их семей. В то же время конкуренция и ценовое давление становятся все сильнее и ситуация на рынке труда становится более сложной. Ранее дома опеки администрировались, сегодня для управления учреждениями необходимым является менеджерская компетентность.

Уже более 15 лет Гериатрические центры здравоохранения города Грац (GGZ) постоянно работают над расширением портфеля услуг, соответствующих нуждам. В то же время они составляют центр экспертизы в области гериатрической помощи и медицины, и предлагают сегодня постепенную систему гериатрической помощи, которая постоянно адаптируется к меняющимся потребностям пожилых людей и общественности. Центры GGZ ведут 4 дома опеки и с момента открытия первого из них в 1960-х годах до создания новых объектов в 2015 году испытали изменения в парадигме.

РЕЗЮМЕ

Уже более 15 лет Гериатрические центры здравоохранения (GGZ) постоянно работают над расширением портфеля услуг, соответствующих нуждам. В то же время они составляют центр экспертизы в области гериатрической помощи и медицины. Наше предприятие управляет тремя направлениями деятельности: больницы, жилые дома опеки и дома дневного ухода, а также альтернативные формы жилья. Согласно лозунгу «У нас люди находятся в лучших руках», постепенная система гериатрической опеки GGZ включает стационарную помощь, частично стационарную и амбулаторную, которые могут длиться короткий период времени или даже годы. Предложение, касающееся услуг постоянно адаптируются к изменяющимся потребностям как пожилых людей, так и общества. С этой целью мы тесно сотрудничаем с ВУЗами и

учреждениями планирования общественного здравоохранения, а также пользуемся научными исследованиями.

Параллельно с развитием центра специализированных знаний, центры GGZ прошли процесс управления изменениями (так называемый «change management»): постепенно внедрялся и расширялся процесс управления проектами, качеством и рисками, а также контроль и инвестиционные опросы. В 2010 и 2013 годах центры GGZ были сертифицированы KTQ («Сотрудничество в области прозрачности и качества в здравоохранении»). В 2014 году мы получили Государственную премию за качество, а в 2015 году Центры GGZ удостоились Премии финалистов EFA, признаваемую EFQM Excellence Award. Наш успех обусловлен в основном инновационными сотрудниками.

Благодаря широкому спектру услуг центры GGZ работают в секторах здравоохранения и социального обеспечения. Сочетание этих двух систем с таким большим количеством различных законов, форм финансирования и ответственности является реальной проблемой и вызовом.

В домах опеки в Австрии, и особенно на территории федеральной земли Штирии, имеется избыточное количество кроватей. В настоящее время их число уже превышает прогноз спроса на 2025 год. Это приводит к постоянному соперничеству компаний, которые сталкиваются с проблемой обеспечения высокой занятости, чтобы выжить в финансовом отношении. В результате этого развития многие дома опеки в Штирии объявили о несостоятельности и банкротстве. Кроме того, мы сталкиваемся с изменениями в результате внесения поправок в австрийский Закон «О здравоохранении и медицинском обслуживании», а также миграции опекунов, терапевтов и врачей в страны с более высокой заработной платой. В то же время общие потребности и нужды помощи для жителей растут, равно как и ожидания членов их семей.

Отдел Немецкой гериатрической помощи (KDA) описывает 5 поколений домов опеки. Раньше говорили о «пансионерах, которые передерживаются», но сегодня современные концепции руководствуются нормальностью повседневной жизни и сосредоточены на интеграции жителей в центре:

1-е поколение до начала 60-х годов

«Пансионера», нуждающегося в опеке, «передерживают» (образец: заключение под стражу).

2-е поколение 60-х и 70-х годов

«Пациента», нуждающегося в уходе «лечат» (образец: больница).

3-е поколение 80-х и 90-х годов

«Жильца», нуждающегося в уходе «активируют» (образец: общежитие / жилой дом).

4-е поколение

«Пожилые люди испытывают безопасность и нормальность» (модель: семья).

5-е поколение

Пожилые люди, нуждающиеся в уходе, интегрируются в жилую среду (создание жилых кварталов).

Центры GGZ управляют 4 домами опеки и с момента открытия первого из них в 1960-х годах, благодаря многочисленным перепланировкам, вплоть до открытия новых объектов, были свидетелем изменения парадигмы. За прошедшие годы мы испытали изменения в целевой группе - от пожилых людей с небольшими нуждами в поддержке вплоть до жителей, нуждающихся в уходе.

В 2013 году центры GGZ провели капитальный ремонт и расширили самый старый дом опеки. В течение последующих двух лет построили и ввели в эксплуатацию два новых объекта. Чтобы создать новую

концепцию домов опеки, мы провели обширные исследования рынка и сделали многочисленные визиты, а также заказали и помогли в осуществлении исследовательских работ. Наш успех во многом был обусловлен международными экспертами по архитектуре, а также в области исследований над старческим слабоумием и освещением, а также привлечением работников и жителей наших домов. В ходе всего проекта представители разных профессиональных групп и специалисты по гигиене, технике и медицине профессиональной подготовки формировали проектную группу специалистов и делились своими знаниями. Благодаря этому мы могли самым лучшим образом оптимизировать архитектуру к рабочей среде и процессам таким образом, чтобы обеспечить оптимальный уход для наших жителей, что также отражается в их удовлетворенности.

В жилых домах опеки центры GGZ внедрели модель жилого сообщества. В каждом из них проживают максимум 15 человек, а его центральная часть – это зона для жилья и зона приема пищи. Здесь очень важную роль играет совместное проведение дня. В зависимости от хобби и способностей жители интегрируются в повседневную жизнь. Также уход – это элемент повседневной жизни. Жизнь в сообществе обеспечивает чувство безопасности и защиты (особенно для людей с деменцией).

Для успешного внедрения решений по размещению, помимо инновационного менеджера, необходимым является также соответствующее пространственное и социальное планирование. В то же время мы сталкиваемся с насущной проблемой и вызовом растущей потребности в уходе за населением. Медицинская и паллиативная помощь играют все более важную роль. В будущем домам опеки придется больше видеть себя в качестве поставщиков услуг.

И, как в прошлом, они административировались, так сегодня стала необходимой менеджерская компетентность в управлении объектом.

Библиография:

Das Bundesministerium für Gesundheit erarbeitet vom Kuratorium Deutscher Altershilfe, „Hausgemeinschaften. Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus“, Köln 2000

Organizers:



Partner:



Иржи Хорецки

Большие дома-интернаты = ухудшенное качество жизни: правда или миф?



Иржи Хорецки свою профессиональную карьеру как директор Каритас в чешской местности Табор, затем работал директором дома-интерната в том же городе. В настоящем он является председателем Союза работодателей Чешской Республики и председателем чешской Ассоциации услугодателей в области социальной защиты. Он является также членом Правительственного совета по делам пожилых граждан Правительственного совета по делам политики зависимостей, а также Правительственного совета по делам публичной администрации. Он занимает также должность советника министра труда и социальных дел.

На европейском уровне он является членом правления European Association of Homes and Services for the Ageing (EAHSA), а в 2016 был

председателем E.D.E. - European Association for Directors and Providers of Long-Term Care Services for the Elderly. Иржи Хорецки является кандидатом экономических наук, имеет две степени магистра в области публичной администрации и диплом бакалавра в области управления.

Долгосрочный уход за престарелыми значительно меняется в Европе. Мы боремся с нехваткой персонала и нехваткой финансовых средств, в то время как ожидания, касающиеся качества предлагаемых нами услуг - растут.

Ведутся дискуссии экспертов о том, как обеспечивается уход, его интеграция, деинституционализация, а также уход за конкретными целевыми группами, такими как лица, страдающие старческим слабоумием. Эти обсуждения касаются также, в частности, участия семьи, услуг для локальных сообществ и проблем этического характера.

Одной из тем, обсуждаемой в той или иной степени, в зависимости от страны, является общий характер домов престарелых. Возникает вопрос: каким должен быть «хороший и правильный» дом для престарелых? Каков его идеальный размер, если таковой вообще существует? В некоторых европейских странах размер среднего дома по уходу снижается, в других - остается без изменений. Как действительно выглядит ситуация в Европе? Каковы возможности и размеры домов престарелых в отдельных европейских странах?

В Европе есть дома престарелых с сотнями кроватей, а также такие, в которых, например, 10 коек. Другой вопрос, поднятый в ходе наших рассуждений, заключается в том, обязано ли государство или Европейская комиссия регулировать максимальную вместимость домов престарелых.

Когда дело доходит до определения размера дома престарелых, следует задать себе два ключевых вопроса или, другими словами, рассмотреть две вещи: во-первых, как размер дома повлияет на его экономическую эффективность и качество обслуживания? Это, в свою очередь, будет влиять на качество жизни людей, в нем живущих. И, во-вторых, какие показатели качества мы должны учитывать?

Наконец, мы должны задать себе вопрос, действительно ли существует только одна модель стационарного долгосрочного ухода, являющаяся для всех самой лучшей.

Ромен Жизолме

Citoyennage: пожилые люди подсказывают работникам



Директор AD-PA, менеджер проекта «Citoyennage», психолог и этнолог

«CITOYENNAGE»: КОГДА ПОЖИЛЫЕ ЛЮДИ ГОВОРЯТ, А СОТРУДНИКИ ОПЕКИ ИХ СЛУШАЮТ

Благодаря регулярно организованным встречам и ежегодным конференциям, инициатива «AD-PA» дает пожилым людям, нуждающимся в постоянном уходе, возможность поделиться своими размышлениями и нуждами, а также повлиять на их повседневную жизнь.

ОТПРАВНАЯ ТОЧКА

Несмотря на трудности, связанные со старением и часто также с инвалидностью, именно пожилые люди, нуждающиеся в уходе в специальных учреждениях или на дому, могут лучше всех рассказать о старости, о повседневной жизни пожилых людей и о том, как можно улучшить ее качество. Часто, однако, от имени пожилых людей высказываются работники опеки и семьи, что ставит под угрозу не учтение реальных нужд престарелых, их ожиданий и желаний. Чтобы предоставить пожилым людям право голоса и позволить им полностью воспользоваться их гражданскими правами, Ассоциация директоров учреждений опеки над пожилыми людьми (l'Association des Directeurs Au service des Personnes Agees – AD-PA) внедрила проект «CITOYENNAGE».

ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Проект «Citoyennage» был создан в 1996 году Ассоциацией «AD-PA», объединяющей 2 тысячи директоров учреждений, предлагающих домашний уход и учреждений опеки для престарелых.

В своей деятельности в регионах «Citoyennage» базируется на местных представителях в отдельных регионах и департаментах, пользуясь также поддержкой своих членов.

С момента создания «Citoyennage» развился в четырех регионах: Овернь, Бретань, Иль-де-Франс и Рона-Альпы. Проект включает группы пожилых людей из примерно пятидесяти учреждений - в общей сложности, в зависимости от года, от 250 до 300 пожилых людей в год.

ОБЛАСТЬ ДЕЙСТВИЯ

Миссия «Citoyennage» (название проекта взято из аббревиатуры «citoyenneté» - «гражданскость» и «grand âge» - пожилой возраст) - дать пожилым людям возможность выступить по вопросам, важным для их повседневной жизни, посредством регулярных встреч в течение всего года.

Каждый год проект «Citoyennage» проходит в трех этапах:

- Во время регионального семинара желающие пожилые люди, находящиеся на попечении участвующих в проекте учреждений и центров, обеспечивающих уход на дому, выбирают тему встречи в данном году.

Были затронуты, среди прочего, следующие вопросы:

- Анимация и социальная жизнь
- Роль и участие семьи, отношения с окружающей средой
- Как оставаться гражданином в доме престарелых
- Как сохранить открытый ум ... чтобы иметь возможность продолжать развиваться
- Солидарность между поколениями
- Участники работают над данным вопросом в течение нескольких недель, встречаясь в своих центрах и участвуя во встречах с людьми из других центров.
- Организуются 2-3 дневные региональные конференции, которые проводятся в уютном месте за пределами домов опеки, таким образом, чтобы участники могли расширить свои обсуждения на данную тему.

В результате таких ежегодных встреч создаются отчеты с конкретными рекомендациями и предложениями, которые затем могут внедряться членами «Citoynnage» в отдельных центрах и учреждениях, предоставляющих домашний уход.

КОНКРЕТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Центры, участвующие в проекте: организация вступительных встреч, финансирование конференций (аренда, ночлеги и т. д.), указание лица, ответственного за проект.

- Подготовка специалистов: во время семинаров проводятся 2-3-дневные обучения для лиц, осуществляющих уход за престарелыми.
- Субвенции: финансовая поддержка местных организаций, фондов, ...

ЭФФЕКТЫ И ДАЛЬНЕЙШАЯ ПЕРСПЕКТИВА

- Для пожилых людей «Citoynnage» - это способ увеличить автономию и активность, позволяя им непосредственно влиять на качество своей жизни. Проект создает пространство для обмена мнениями и обмена опытом, укрепляет социальные отношения и контакты между центрами по опеке и учреждениями по уходу на дому, предоставляя возможность продвижения лучших практик. Благодаря «Citoynnage» в отдельных структурах можно также определить потенциальных кандидатов для CVS (Советов по делам социальной жизни).
- Опекунам проект «Citoynnage» дает возможность выслушать другую сторону, сохранить нужную дистанцию и задуматься о своем профессиональном опыте. Это еще один способ наладить контакт с подопечными.
- Руководителям центров проект позволяет улучшить качество деятельности, предоставляя возможность занять пожилым людям причитающееся им место.

ЗАБОТА О РАЗВИТИИ ПРОЕКТА

- Обеспечение максимально возможного продвижения проекта, для мобилизации как можно большего числа людей.
- Забота о том, чтобы в отдельных учреждениях проект принял конкретные формы и собственную динамику.

- Создание таких отчетов по ежегодным конференциям, которые будут содержать конкретные предложения, которые смогут быть внедрены пожилыми людьми и соответствующими учреждениями.

РЕЗЮМЕ

«Citoiyennage» позволяет нам в определенном смысле поменять местами роли: на этот раз пожилые люди говорят, а опекуны их слушают. Этот проект, однако, полезен для всех. Пожилые люди вновь получают возможность действовать, воспитатели приобретают иного рода, часто очень стимулирующие отношения с подопечными, а директора учреждений опеки получают новый импульс для новых мероприятий в своих учреждениях.

Organizers:



Together we change
the world



European Association
for Directors and Providers
of Long-Term Care Services
for the Elderly



Polish Association
of Organisers and Managers
of Social Welfare
and Health Protection



Polish Society
of Long-Term Care

Partner:



Томас Клие

“Заботься и лечи”. Разграничение в пользу профилирования профессионального ухода?



Д-р Томас Клие, юрист, профессор геронтологии, в Клагенфуртском университете в Австрии, профессор Протестантского университета прикладных наук во Фрайбурге в Германии. Научно-исследовательская деятельность, которой он занимается в Институте общественных исследований во Фрайбурге, касается демографических и общественных социальных изменений в современном обществе, злоупотреблений в отношении пожилых людей, а также планирования социальной политики в отношении пожилых людей на местном уровне. С 2013 г. он является председателем правительственной комиссии, подготавливающей второй рапорт о состоянии общественной активности по поручению немецкого Министерства по делам семьи, пожилых граждан, женщин и молодежи.

Стоит ли «делить» опеку на так называемые *cure and care*, т.е. лечение и уход, и стоит ли повторно использовать медицинский подход к дискуссии об опеке, дискуссии, которая в конечном итоге привела к развитию целостного подхода к опеке и обучению по уходу? Разграничение на лечение и уход появляется в разных контекстах, хотя бы в дискуссии о структурной реформе *Уход и участие*², а также в рамках проекта «Вызов: забота»³, с целью профилирования понимания опеки, объема задач и ответственности, но также это разграничение появляется и среди рабочих групп, осуществляющих долгосрочную опеку. Разграничение на лечение и уход появилось на английском языке. На немецком языке не имеет оно своего эквивалента, но его обоснованность требует тщательного обсуждения. Могут быть замечания в отношении того, что (искусственное) различие между разграничением на лечение и уход противоречит целостному подходу к опеке, который в последние годы едва ли утвердился. Основанием для данного обвинения является недоразумение. Разграничение на лечение и уход не целенаправлено ни на подвержение в сомнение общей картины человека, ни на общее понимание опеки и лечения. Скорее всего, речь идет о домашнем уходе, где такие задачи, как помощь, забота, выполнение дел или уход – одним словом забота (англ. *care* или *caring*) – возлагаются, как правило, на членов семьи, друзей и частично соседей в смысле «жилого сообщества». Хотя специализированный персонал, предпринимая активное участие, действительно учитывает все аспекты нужд по уходу, однако, в своих действиях он ограничен задачами, которые могут быть отнесены к категории лечения (англ. *cure*). Сосредоточение внимания на проблемах лечения (англ. *cure*) связано не с тем, что специалистам не платят за все задачи, а потому, что опека (англ. *care*) является и по-прежнему остается задачей данного «жилого сообщества»⁴.

² Hoberg/Klie/ Künzel 2013 Strukturreform Pflege und Teilhabe Freiburg

³ AGP Freiburg (wyd.) (2014): Herausforderung Pflege – Modelle und Strategien zur Stärkung des Berufsfeldes Altenpflege. Abschlussbericht. www.agp-freiburg.de

⁴ Сравни. на тему дискуссии об опеке: Klie, Thomas (2014): *Sorgende Gemeinschaft- Blick zurück oder nach vorne? Geteilte Verantwortung oder Deprofessionalisierung? Was steckt hinter den Caring Communities?* B: Praxis PalliativeCare; demenz; Praxis Pflegen (23), Str. 20–22. Kellehear, Allan (2005) *Compassionate Cities, Public health and end of life care*. Нью-Йорк, Лондон.

В современном понимании опеки, в смысле лечения (англ. *cure*), профессиональный опекунский персонал, занимающийся уходом на дому, берет на себя в существенной степени задачи по планированию, постановке и управлению процессом ухода. Этот профиль задач профессионального опекунского персонала и такая концепция ролей, возникающая в результате нужд по опеке на дому, не могут быть переведены в клиническую среду, но могут быть воспроизведены в коллективных формах опеки, как например жилые группы или дома опеки. Здесь также сущность профессиональных опекунских действий может включать в себя управление процессом опеки и приобретение требуемых ремесленных мероприятий, которые в используемых наукой об опеке разграничениях понятий, введенных социальным законодательством, такими как базовая опека и медицинская опека⁵, будут относиться к последней из них.

Забота о благе другого человека в домашней среде (англ. *caring*) - это, в первую очередь, задача членов семьи и других людей, важных для данного пациента, которые несут за него ответственность (заботятся о нем). Ответственность за уход, в этом понимании, не является одной из основных задач профессиональных опекунов, в противоположность к контролю за ним. Иногда ответственность за уход возлагается также на других профессионалистов, таких как социальные работники, которые помогают справиться со сложным социальным кризисом.

Забота и уход не являются исключительной ответственностью персонала по опеке. Ясно, однако, что именно в случае долгосрочного ухода лечение (англ. *cure*) всегда является элементом любого взаимодействия касающегося пациента и заботы, т.е. ухода, сосредоточенного на хорошем самочувствии человека, находящегося в тяжелой жизненной ситуации, вызванной болезнью или необходимостью опеки.

Столкнувшись с ограниченными ресурсами специалистов в будущем, мы должны будем обратить внимание на привлечение специалистов по уходу в соответствии с их задачами и компетенциями. Воображения о том, что специалисты по уходу несут ответственность в первую очередь или исключительно по уходу за людьми, нуждающимися в опеке, не только нереалистичны, но и не являются возможными для финансирования: эта концепция не согласуется также с гармоничным пониманием профессий, задачей которых является поддержка способности отдельных лиц, семей и жилых общин ухаживать за нуждающимися в уходе лицами, с учетом их образа жизни и культуры⁶.

Уход за друг другом является и останется основным выражением человеческой солидарности в различных формах сосуществования и жилищных общин. Разделение на лечение и уход вытекает, с одной стороны, из последовательного подхода к нуждам лиц, живущих в доме и нуждающихся в помощи. Поэтому тут сотрудники-специалисты выполняют роль, связанную с поддержкой. Кроме того, это разделение происходит от уважения к социальному миру данного человека, к миру, который желает быть уважаемым в своей собственной реальности и способность которого заботиться о самом себе следует укреплять.

Разграничение лечения и опеки отражается также в том, насколько уход за пациентом, требующим или не требующим опеки предусмотрен объемом обязанностей опекунов-специалистов, поскольку в этом отношении также и другие профессиональные группы, такие как неофициальные помощники или волонтеры, вносят в эту сферу свой вклад. Наконец, такое разграничение обращает внимание на ограниченные ресурсы квалифицированного опекунского персонала в контексте необходимости

⁵ Сравн. на тему разграничений: Klie, Thomas (2014): LPK SGB XI vor §§ 14 ff Rz .8, w: Klie/Krahmer/ Plantholz (wyd.): Sozialgesetzbuch XI – Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. 4. nakł., Baden-Baden, 231-279.

⁶ Klie, Thomas (2014): Wen kümmern die Alten, Monachium

реорганизации медицинских профессий и их большей открытости к возложенным на них функциям и относящимся к ним полномочиям⁷.

Разграничение лечения и опеки служит, в частности, лучшему структурированию объема обязанностей и ответственности в области долгосрочной опеки, способствует достижению четкого разграничения ролей и обязанностей между различными профессиями, профессиональными группами, волонтерами и неформальными помощниками. В этом контексте профессиональным опекунам предоставляются ключевые функции управления и ответственности. В то же время они несут солидарную ответственность за опеку, заботу о хорошем самочувствии пациента, за удачный рабочий день и за «управление» жизнью. Их специализированные мероприятия по уходу исходят из всепоглощающей опеки и её поддержки. В литературе из области наук об опеке говорится: «Суть ухода - это забота». Это утверждение играет ключевую роль в определении отношений опеки и лечения⁸.

Как подчеркивается теорией Лейнингера о специфической опеке для данной культуры – медсестринский уход (англ. *nursing*), в смысле профессионального ухода, целенаправлен на заботу о пациенте⁹. Согласно этой теории, уход - это суть лечения, выздоровления, человеческого роста, развития, выживания и смерти. Уход за другим человеком становится ключевым и центральным пунктом опеки, однако не обязательно в действии, но в его целенаправленности на восстановление самоухода или автономии лица посредством поддержания опеки. В этом контексте Орем перечисляет три аспекта действий: образовательный, частично компенсирующий и полностью компенсирующий¹⁰. В самом действии, то есть в деятельности полного ухода, по-разному участвуют и другие люди.

Ориентация опеки на заботу связана также с эмансипацией опекунских профессий, изначально происходящих от медицины, в которой уже длительное время доминируют мужчины. Теории по уходу, появляющиеся в науке об опеке, обогащают систему лечения в отношении именно долгосрочного ухода. Кроме того, они позволяют легче отвечать на вопросы людей, нуждающихся в опеке, чем в случае медицинского лечения. Это не меняет однако факта, что специализированный уход, ориентированный на опеку - основан на конкретной концепции ролей, компетенций и функций, что ставит его не столько в контексте ежедневного ухода, сколько специализированной опеки.

В области права социальных услуг различие между лечением и опекой позволяет увести дискуссию о финансировании услуг специализированной опекунской помощи от далеко непрозрачного процесса оказания услуг в области долгосрочной опеки: любой человек, нуждающийся в уходе, должен иметь право на получение специализированной опеки, независимо от выбранной системы домашнего ухода (пособие по уходу, льготы в натуральной форме или комбинированные льготы). Таким образом, право на специализированную опеку следует перенести из XI раздела Кодекса социального права (SGB) в X раздел Кодекса социального права. Благодаря этому услуги по уходу могли бы быть распределены гораздо более гибким образом, чем бюджет специализированных услуг, и использоваться в соответствии с предпочтениями и ресурсами социального мира¹¹. Таким образом, разделение лечения и опеки

⁷ Сравн. Фонд Роберта Боша (изд.) (2013): *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven, eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung.* Stuttgart

⁸ Сравн. Leininger (1984): *Care – The Essence of Nursing and Health.* Detroit

⁹ Сравн. Leininger (2002): *Cultural Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices.* W: *Journal of Transcultural Nursing* 13 (3), str. 189–192

¹⁰ Сравн. Orem, Dorothea.E. (1995): *Nursing: concepts of practice.* 5th. edition. St. Louis, MO: Mosby

¹¹ Сравн. Heinze/Klie/Kruse (2015): *Neuinterpretation des Subsidiaritätsprinzips und wohlfahrtsstaatliche Herausforderungen im demographischen und sozialen Wandel,* w: *Sozialer Fortschritt* (i.E.).

приобретает важное политическое значение, которое до сих пор не было признано в дискуссии по наукам об опеке.

Будем надеяться, что дискуссия не приведет в конечном итоге к заимствованию в немецкие кодексы понятий *cure* и *care*, а к достоверному профилированию профессиональной опеки. Новое понятие необходимости опеки, которое по-прежнему должно охватывать нужды домашних хозяйств и частичные нужды участия, не может являться описанием сферы диапазона действий специализированной опеки. По этой причине концепция необходимости опеки, независимо от ее тона, требует профилирования специализированного ухода.

Organizers:



Partner:



Анна Йёргер

Новые требования поколения baby boomers



Анна Йёргер является научным сотрудником. Работает в Отделе по делам пожилых граждан в КУРАВИВА (CURAVIVA) - Швейцарском союзе домов-интернатов и учреждений для престарелых и инвалидов.

Поколение бэби-бумеров играет важную роль в обществе как из-за их численности, так и ценностей, подхода и образа жизни, которые их формируют. По этой причине нужды этого поколения имеют существенное значение при создании структур и услуг для пожилого поколения завтрашнего дня. Цель этого доклада - рассмотреть вопрос о том, какие будущие структуры и услуги в сфере жилья и жизни нуждающихся в опеке лиц должны быть созданы для обеспечения представителям поколения бэби-бумеров хорошей старости. Мы также рассмотрим ситуацию в Швейцарии, но в контексте этого документа следует также искать сходства и различия на международном уровне.

Кем являются представители поколения Бэби-бумеров?

Понятие Бэби-бумеры относится к поколению демографического взрыва после Второй мировой войны, который длился до середины 1960-х годов XX века. Причем пик рождаемости в отдельных странах наступал в разные периоды и достигал разных величин (сравн. Menning & Hoffmann, 2009, в частности стр. 6 и посл.). В Швейцарии первое увеличение рождаемости произошло еще во время войны, а именно между 1943 и 1950 годами. Следующий пик наблюдался между 1957 и 1966 годом (сравн. Höpflinger & Van Wezemaal, 2014, стр. 35 и посл.).

Сегодняшние представители этого поколения, то есть лица в возрасте от 50 до 75 лет, пережили этап социализации и профессиональной трудовой пригодности в специфических социальных, общественных и экономических условиях, которые, однако, в разных странах могли выглядеть по-разному. Я имею здесь в виду хотя бы экспансию системы образования, движение за мир или дестандаризацию многих сфер жизни, которые принесли большие возможности выбора, например, профессии или союзов (сравн. Bachmaier, 2015, стр. 24)¹². Такие рамочные условия повлияли на жизненную биографию, а также на систему ценностей и взглядов представителей бэби-бумеров. Поколение, которое существенно повлияло на общество в демографическом аспекте. В настоящее время эта большая поколенная группа постепенно стареет. В то же время у ее представителей было меньше детей, чем у их родителей. Вследствие этого, с увеличением средней продолжительности жизни, в частности пожилых людей, наблюдается «двойное демографическое старение общества» (сравн. Höpflinger & Van Wezemaal, 2014, с. 31f., Höpflinger & Perrig-Chiello, 2009, с. 13 и посл.).

¹² Больше подробной информации о швейцарском поколении Бэби-Бумеров: Höpflinger & Van Wezemaal (2014, с. 18). В общих чертах о характерных признаках послевоенных лет: Menning & Hoffmann (2009, с. 6).

Требования поколения Бэби-бумеров в сфере жизни и жилья в пожилом возрасте

В этом разделе будут представлены примеры аспектов в контексте Швейцарии, которые могут иметь значение для пожилого завтрашнего поколения и требований в аспекте жизни и жилья пожилых людей в будущем¹³. В связи с всеобщей возрастающей средней продолжительностью жизни генерация бэби-бумеров будет продолжать расти (см. Höpflinger & Van Wezemaal, 2014, стр. 23). Постпрофессиональный этап жизни будет определяться все более активным образом жизни, обусловленным ростом средней продолжительности жизни, а также экономическим благосостоянием, по крайней мере некоторых из представителей стареющего поколения бэби-бумеров (см. Höpflinger & Van Wezemaal, 2014, с. 18 и 38; Höpflinger & Perrig-Chiello, 2009, с. 19f и 63). Жизнь в мобильном и меняющемся обществе привела к тому, что поколение бэби-бумеров стало инновационным, стремящимся учиться и открывать технические инновации. Немного младшее пожилое поколение характеризуется, кроме этого, транспортной мобильностью (сравн. Höpflinger & Perrig-Chiello, 2009, с. 20, 42 и 76). С другой стороны, в последние годы возросло число домохозяйств с одним человеком, что связано с «(...) большей экономической и социальной автономией, более частыми разводами в более позднем возрасте и усиленной индивидуализацией нового поколения пенсионеров, особенно пожилых женщин ...» (Höpflinger & Perrig-Chiello, 2009, с. 114).

За последние десятилетия в Швейцарии наблюдается переход от домов престарелых к домам опеки со все более увеличивающимся средним возрастом новых пансионеров. В то же время расширяются амбулаторные услуги и альтернативные формы жилья для пожилых людей (сравн. Höpflinger & Van Wezemaal, 2014, с. 144 и посл.). Это развитие связано с потребностью многих пожилых людей жить как можно дольше и жить в своем собственном доме, даже тогда, если необходимой окажется поддержка или уход (сравн. Höpflinger & Van Wezemaal, 2014, с. 147). Однако это желание - состариться в собственном доме - все чаще становится - как констатирует Van Wezemaal (2014, с. 211 и 213 и посл.) – **несбыточной мечтой**. Наряду с поколением бэби-бумеров, которое в будущем в большей степени будет зависимым от помощи других, возникнет новая настоятельная необходимость в создании таких жилищных условий, которые будут адаптированы к возрасту и нуждам их жильцов.

Ниже будет приведена модель опеки и жилья 2030, созданная CURAVIVA Schweiz. Эта модель представляет собой видение, показывающее, в каком направлении должна развиваться забота о пожилых людях, чтобы дать возможность успешного старения для завтрашних пожилых поколений.

Модель опеки и жилья 2030, созданная CURAVIVA Schweiz

В модели опеки и жилья 2030 уход за пожилыми людьми не сводится уже только к «зданию», но понимается как сервисная компания, функционирующая децентрализованно, то есть на месте у пожилого человека. Люди, нуждающиеся в опеке, получают уход и поддержку в домашнем хозяйстве и в повседневных действиях, в том месте, где они живут, например, дома у пожилого человека или в своем собственном доме. Пожилые люди с особыми потребностями опеки, например, из-за слабоумия или приближения к концу жизни (паллиативная опека), располагают специальными услугами по уходу. Таким образом, стационарная и амбулаторная помощь одинаково важны и дополняют друг друга там, где это только является возможным.

¹³ Это обобщение не означает, что в случае поколения Бэби-бумеров мы имеем дело с гетерогенной группой. Даже наоборот. Это поколение является весьма разнообразным, как в демографическом, так и в социологическом отношении (см. Guberman et al., 2011, с. 1143).

Вместе с возвращением в социальное пространство жилья и жизни пожилых людей, как правило в каждом возрасте нужна небольшая поддержка районов и соседей. В то же время доступны профессиональные услуги (здравоохранение и гостиничный туризм), которыми можно воспользоваться в зависимости от надобности и конкретного случая. Благодаря этому во всех возрастах и нуждах должна быть обеспечена соответствующая помощь. Таким образом, пожилые люди получают поддержку, а недостатки в их умениях, а также формальных и неформальных способностях, компенсируются с помощью других.

Модель опеки и жилья 2030, созданная CURAVIVA Schweiz, ссылается на опыт и развитие в отрасли швейцарских домов престарелых и домов опеки в течение последнего десятилетия и интегрирует их в видение с учетом, в частности, двух геронтологических подходов когерентного целого. Особое значение играет в этом контексте психологическая теория «успешного» или «хорошего» старения (Baltes & Baltes, 1992, в частности с. 28 и посл.). Успешное старение относится к успешной адаптации к биологическим, психологическим и социальным изменениям, происходящим в пожилом возрасте, посредством различных стратегий. Во время «оптимизации путем отбора и компенсации» укрепляются резервы мощности (оптимизация), одновременно некоторые сферы жизни и жизненные цели адаптируются к изменяющимся обстоятельствам (отбор) и наступают компенсационные процессы для ограниченных функций. Другим существенным зацепным пунктом является соответствие или «совместимость» людей и окружающей среды (англ. «Person-Environment-Fit»), о котором упоминает Kahana et al. (2003) и который является решающим для удовлетворения нужд пожилых людей. Эти два подхода объединены ориентацией на индивидуальные нужды пожилых людей и на предоставление такой среды, которая будет отвечать их потребностям, при одновременном учете и поддержке существующих ресурсов пожилых людей. Пожилой возраст рассматривается здесь как период жизни, который можно формировать.

Библиография:

Bachmaier, H. (2015). Lektionen des Alters. Kulturhistorische Betrachtungen. Getynga: Wallstein.

Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1992). Problem «Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung». W: Baltes P. B. & J. Mittelstrass (wyd.), Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung, Berlin: Walter de Gruyter, 1–34.

CURAVIVA Schweiz (2016): Das Wohn- und Pflegemodell 2030 von CURAVIVA Schweiz. Die Zukunft der Alterspflege. от 02.08.2017:

https://www.curaviva.ch/files/O4TWKFK/fact_sheet_das_wohn_und_pfleagemodell_2030_von_curaviva_schweiz_mai_2016.pdf

Guberman, N., Lavoie, J.-P., & Olazabal, I. (2011). Baby-boomers and the 'denaturalisation' of care-giving in Quebec. In Ageing and Society, 31(7), 1141–1158.

Höpflinger, F. & Perrig-Chiello, P. (2009). Die Babyboomer. Eine Generation revolutioniert das Alter. Zurich: wyd. Neue Zürcher Zeitung.

Höpflinger, F. & Van Wezemael, J. (wyd.) (2014). Age Report III: Wohnen im höheren Lebensalter. Grundlagen und Trends. Zurich i Genewa: Seismo.

Kahana, B., Kahana, M., Kahana, E. & Lovegreen, L. (2003): Person, Environment, and Person-Environment Fit as Influences on Residential Satisfaction of Elders. W : Environment and Behavior, 35(3), Thousand Oaks: Sage Publications, 434–445.

Menning, S. & Hoffmann, E. (2009). Die Babyboomer – ein demografisches Porträt. Report Altersdaten 2. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Berlin.

Van Wezemael, J. (2014). Über Massstäbe und Ideologien – Gedanken zum privaten Wohnen im Alter. W: F. Höpflinger & J. Van Wezemael (wyd.), Age Report III: Wohnen im höheren Lebensalter, Grundlagen und Trends. Zurich i Genewa: Seismo, стр. 211–222.

Zimmerli, J. (2014). Räumliche Entwicklung und Umzugsbereitschaft der Babyboomer. W: F. Höpflinger & J. Van Wezemael (wyd.), Age Report III: Wohnen im höheren Lebensalter, Grundlagen und Trends. Zurich i Genewa: Seismo, стр. 179–187.

Гражина Вуйцик

Управление в эпоху перемен



Варшавский медицинский университет, Факультет наук о здравоохранении

Директор Home Health Care Ltd

Президент Главного правления Ассоциации польских медицинских сестер.

Гражина Вуйцик имеет богатый опыт в развитии услуг в области медицинского и гигиенического ухода, как на национальном так и на международном уровне. Она занимает должности директора по делам сестринских услуг в одном из Национальных институтов. Является главным экспертом по сестринскому делу в польском Министерстве здоровья и руководителем постдипломных курсов обучения в области сестринского дела в Варшавском медицинском университете. Она является также признанным в Европе экспертом в области сестринского дела (WHO, EFN). С 2004 г. - владелица и управляющий «Home Health Care Ltd.», оказывающего услуги по уходу на дому в четырех польских воеводствах.

Фабио Бонетта

Роль директора в процессе перемен



Фабио Бонетта в настоящее время работает генеральным директором в публичном учреждении, оказывающем услуги для людей в преклонном возрасте. Он имеет высшее юридическое образование, свыше 30 лет работает в организациях, служащих пожилым гражданам и инвалидам (в особенности, с поврежденным зрением).

Сотрудничает со многими учреждениями из сферы социальной защиты, здравоохранения и долговременного ухода. Автор статей, посвященных социальной защите и организации долговременного ухода. В последнее время успешно работает над объединением культурных вопросов с услугами по долговременному уходу.

Прежде всего, я должен признать, что должность менеджера в сфере социальной помощи – это прекрасная работа, которая позволяет мне практиковать свои этические ценности и управленческие умения. Благодаря этому я могу работать над улучшением качества жизни людей в соответствии с общепринятым видением общества. Чтобы достичь этого, мы должны оставаться открытыми на будущее и иметь инновационный подход как к процессам, так и к целям. Не продлевая вступления я хотел бы представиться: я живу и работаю в Триесте, Италия. Этот город является европейским рекордсменом по численности людей в возрасте свыше 65 лет: они составляют почти 30% населения города. С 2003 года я являюсь директором, основанной в 1818 году государственной компании «Itis», которая предоставляет персональные услуги. Мы предоставляем услуги по уходу на дому, стационарные и полустационарные услуги по уходу за престарелыми, не являющимися самостоятельными. В состав управляемых нами объектов входят, в частности: 411-местный охраняемый объект, дневной дом социальной опеки, жилой кооператив с 20 квартирами и дом социальной помощи с 18 квартирами. Кроме того, мы предоставляем семейные визиты и медицинское обслуживание в форме реабилитации после тяжелой болезни. В нашей компании работает около 450 сотрудников.

Управление – это очень многоаспектная тема, которая объединяет административные, финансовые и юридические элементы. Нельзя забывать и об общественных, а также социальных проблемах. Наш объект полностью автономен: он не получает никаких государственных средств от общих налогов; его доход исходит от услуг, которые мы предлагаем, и от возврата активов. За последние двадцать лет такие организации, как «Itis», претерпели радикальные изменения. Эти объекты, которые когда-то считались гетто или таинственными объектами, от которых лучше было держаться в стороне, превратились в современные центры обслуживания, которые также являются местами проживания, работы и встреч. Они были интегрированы в структуру города – молодые люди охотно посещают в них своих дедушек и бабушек или прадедушек и прабабушек, без беспокойства или неприятных ситуаций, а культурные и художественные мероприятия, которые эти объекты предлагают, общедоступны. Приобретение общественного признания города было непростым делом, но благодаря этому теперь мы можем похвастаться высоким уровнем интереса к нашим услугам и полностью занятыми предлагаемыми местами. Это свидетельствует о том, что общество нам доверяет. Жители знают о высоком качестве нашей работы и говорят о ней другим, что является нематериальными активами с большой ценностью. Директор – это менеджер, тренер коллектива операторов, которые постепенно осознают, что их работа ценна и оказывает положительное влияние на людей, ищущих эффективных, константных жизненных проектов,

основанных на человеческом достоинстве. Путь перемен был радикальным, потому что очень сложно изменить способ действий, к которому мы привыкли. Именно на этом уровне роль директора имеет первостепенное значение: он должен уметь понимать социальные потребности, быть смиренным и устойчивым, а также должен постоянно стремиться к приобретению знаний и анализировать истории успеха, чтобы быть в состоянии создать такую модель управления, которая вписывается в контекст, в котором он живет и работает. В работе директора ключевыми являются любопытство и любовь к своей работе, вместе с непоколебимыми и общими этическими принципами. Директор должен уметь адаптироваться к каждой роли или функции, сохраняя при этом стиль руководства, характерный для главы семьи, поскольку он отвечает за сообщество людей. Сознание того, что моя работа напрямую влияет на судьбу многих незащищенных людей и их семей, сопровождает меня на каждом шагу и помогает мне предпринимать шаги, чтобы обеспечить этим людям опеку и высокое качество обслуживания.

В настоящее время итальянское общество продолжает предоставлять пожилым людям доступ к различным услугам, помогая облегчить их семьям финансовые обязательства, возникающие в результате ухода за ними. Никто, однако, не может гарантировать, что эти преимущества будут продолжены в будущем, так как средняя продолжительность жизни все время растет, а пожилые люди будут составлять все больший процент населения. Это заставляет нас думать о будущем. Будущее нашей отрасли формируется благодаря приобретенным знаниям и опыту и тщательной и всесторонней интерпретации настоящего, преследуя цель развития сектора персональных услуг. Можно сказать, что если мы остановимся на месте, мы потеряемся. Иногда мне очень сложно объяснить это политическим лицам, принимающим решения. Существует привычка думать о настоящем, не принимая во внимание будущее после очередных выборов. Каждый менеджер знает, что если он работает в государственном секторе, его потребности и цели часто обусловлены законодательными решениями. При работе в частном учреждении цели клиентов влияют на то, как работает директор. Трудность его задачи состоит в том, что он функционирует как «связь» между полученными на практике доказательствами, потребностями людей и сотрудников, а также решениями и задачами тех, кто несет ответственность за его назначение. Цели вышеупомянутых сторон часто отличаются друг от друга, и баланс между ними требует способности к посредничеству на основе высокого уровня человеческого понимания и профессиональной компетентности. Именно владение этими качествами отличает роль директора. Форма будущего зависит от того, что мы делаем сейчас.

К любой человеческой потребности в процессе старения следует подходить с учетом будущего. В таких центрах обслуживания семьям и пожилым людям необходимо уделить много внимания, им нужно найти там кого-то, кто будет их слушать и иметь соответствующий уровень компетентности, благодаря которому они получают эффективные, удовлетворительные ответы. Эти ответы должны учитывать все варианты: от предоставления пожилым людям поддержки, необходимой им для ведения независимого образа жизни, до стационарной опеки в случае лиц, которым предоставление надлежащей опеки в своем доме не является возможным. Идеологическую противоположность между уходом на дому и заботой о центре опеки следует искоренить. Обе формы опеки, если они выполняются профессионально, грамотно и с использованием технологических инноваций, должны быть интегрированы в предложение поставщиков персональных услуг. Люди, которые обращаются в дом опеки, должны быть уверены, что их нужды, как материальные, так и нематериальные, будут удовлетворены. Для достижения этих целей вопросы управления необходимо решать по-новому. Менеджер должен действовать таким образом, чтобы продвигать умственное и физическое развитие как людей, так и пространства. Его деятельность должна способствовать интеграции социальной помощи в повседневную жизнь, создавая при этом новые возможности. В этом отношении важно создать междисциплинарные и многосекторальные коллективы, которые могут решать задачи создания и реализации успешных жизненных проектов. До сих пор услуги

по уходу за престарелыми в значительной степени были отделены от других социальных систем. Однако такие услуги должны быть частью современного общества и решать проблемы людей, страдающих от зависимости. Чтобы достичь этого, следует уметь формировать стратегические союзы с другими секторами социальной жизни, такими как мир научных исследований, технологическая подготовка или бизнес. Важно наладить диалог с экономическим миром, чтобы наладить партнерские отношения на основе взаимоуважения. Это, в свою очередь, позволит нам улучшить качество услуг и улучшить условия жизни как для тех, кто пользуется услугой, так и для тех, кто ее предоставляет. Только подумайте о необходимости адаптации домов к нуждам несамостоятельных людей, о необходимости предоставления им компьютеризированных инфраструктур для наблюдения за ними, возможности использования домашней автоматизации, чтобы помочь им сохранить свою независимость. Подумайте о том, как сегодня воспринимается работа в отрасли здравоохранения, и как эта работа путается с работой так называемых опекунов, именно тогда, когда есть нехватка рабочих мест, особенно для молодежи. Подумайте о том, чтобы разработать долгосрочное страхование для тех, кто может себе на это позволить, что позволит государственным системам выделять все другие доступные финансовые ресурсы для поддержки людей с низкими доходами. Опыт, накопленный в секторе, в котором я работаю, позволяет мне сказать следующее: система будет реагировать на правильный стимул, но все же необходимо предлагать инновационные идеи и внедрять их в жизнь. Город Триест был выбран в качестве европейской столицы науки 2020. В течение нескольких лет мы интенсивно работаем над системой исследований и предприятий, осознавая, что для эффективных действий требуются технологические инновации, которые могут быть поддержаны социальными экспертами. Именно в этой области роль директора имеет первостепенное значение – это он создает видение и стратегии для инноваций. Истинная мера директора заключается в том, считается ли он компетентным собеседником, способным продвигать и осуществлять инновационные процессы. Это настоящая аккредитация.

Сохранение персональных услуг в Италии вызывает сомнения. Государственное финансирование недостаточно для того, чтобы семьи могли избежать расходов на получение услуг по уходу за престарелыми. Многие обсуждали теории изменения структур программ социальной помощи и ухода за несамостоятельными людьми. Хотя можно надеяться, что такие изменения действительно произойдут, реалистичский подход к делу требует, чтобы мы считали их утопическими. Поэтому директор должен знать, как получить другие денежные средства. Существует много видов средств, и мы планируем получить евросоюзные средства, что позволило бы создать партнерские отношения, которые помогли бы достичь хороших результатов в глазах Европейской комиссии. Кроме того, банковские фонды также предоставляют возможности для финансирования, но важно информировать такие учреждения о важности и социальных последствиях их поддержки. Еще одним потенциальным источником ресурсов является деловое партнерство, особенно в отношении развития инновационных путей. В рамках такого сотрудничества такие организации, как «Itis», могут профессионально тестировать новые продукты и процессы и предоставлять партнерам свое мнение и обратную связь при одновременном укреплении их имиджа. Другие примеры включают в себя сбор денег или crowdfunding (общественное финансирование). Такая практика еще не распространена, но она играет большую роль в построении прочных отношений между миром персональных услуг и обществом, в том числе между гражданами и бизнес-деятельностью. На практике программа социальной помощи должна выйти из «гетто», в котором многие хотели бы, чтобы она осталась. Лидеры этих организаций должны выступать в качестве переводчиков системы, которая должна стимулировать социальное развитие, а также экономическое, трудовое и технологическое развитие, поскольку они тесно взаимосвязаны. Следование всеми этими путями является сложным и требует участия, компетенции и этических ценностей, которые могут быть распространены в структурированных организациях. Можно в них встретить сотрудников с высокими профессиональными

квалификациями, точно также как и в других секторах общества. Хотя я считаю, что у небольших структур есть свои преимущества, я не думаю, что менеджеры центров с ограниченным обслуживанием, то есть центры с несколькими спальными местами, могли бы полностью развивать свои управленческие умения.

Напротив, создаваемые структуры должны быть разнообразными, но они должны управляться как единое целое, подчиненное единому правлению. В дополнение к такой модели управления мы никогда не должны забывать, что фундаментальная ценность людей – это их душа – которую следует учитывать и о которой следует заботиться. Я считаю, что социальные услуги и учреждения, предоставляющие уход за престарелыми, а также другими беззащитными лицами, должны организовывать и поощрять культурные и художественные инициативы, которые учитывают всю человеческую природу, включая ее нужды, желания и хобби. Культура является основой человеческого достоинства. Нельзя допускать к ситуации, где мы игнорируем духовную природу человека, когда ему нужна помощь. А что может быть лучше с точки зрения ухода за духовной стороной человека, чем искусство и культура? Чем поощрение красоты? Такой подход работает как терапия; это то, что протез для физических потребностей. Если мы будем применять эти аспекты для управления центрами опеки, эффективность нашей работы будет возрастать, а мы сами будем совершенствоваться.

В свете этих соображений необходимо сделать некоторые предложения. Важно оценить роль директора не только из-за его позиции, но и из-за его этических и управленческих умений и компетенций. Вот почему мы должны содействовать созданию специализированного коллектива, который дал бы людям умения, необходимые для выполнения такого рода работ. Такой процесс не обязательно должен быть формальным. Достаточно было бы позволить организациям и предприятиям иметь доступ к профессионалам, которые хорошо ориентируются в этом секторе; тем, кто может определить конкретные и эффективные способы сотрудничества с политическим, профессиональным, административным и экономическим миром, а также с социальной системой. Эти отношения с внешним миром позволяют поддерживать внутреннее управление таким образом, чтобы оно развивалось с меняющимися нуждами социальной ситуации.

Возможно, настало время подумать о том, чтобы изменить функцию руководителей центров или услуг для пожилых людей. При нынешней схеме - управление обусловлено различными факторами. Можно было бы лучше рассмотреть некоторые из вопросов в ситуации, когда директора этих центров выступали бы в качестве управляющих директоров. Нам, безусловно, необходимо повысить осведомленность об общей ценности нашей работы, которая, на мой взгляд, должна подкрепляться сравнительным анализом, распространением умений и знаний с помощью цифровых платформ и вовлеченных сообществ. Цель всего этого заключалась бы в том, чтобы постоянно улучшать управление услугами, которые мы предлагаем

Хуберт Перфлер

Меняющиеся условия труда и ожидания в отношении социальных служб



Хуберт Перфлер является председателем Регионального института Риттмейера для слепых. Он является председателем Friuli Venezia Giulia Branch и Комитета Итальянского общества слепых, в котором он работал в начале карьеры. В настоящем он является также председателем Центра Гёте в Триесте

На этом этапе нам нужно найти другой способ предоставления социальных услуг: финансовый кризис, сложные жизненные ситуации и отсутствие конкретных услуг делают нас неспособными удовлетворить любые потребности. Нам необходимо создать больше возможностей для престарелых и инвалидов, а также обогатить предложение в области предназначенных для них занятий. Кроме того, растущая продолжительность жизни наших подопечных - это вызов с точки зрения услуг, которые мы можем предложить.

Принимая эти цели в качестве отправной точки, я хотел бы выступить с речью, основанной на собственном опыте в отрасли долгосрочного ухода, а именно на моей работе в Институте-центре, в котором являюсь председателем. В нашем учреждении мы предлагаем услуги и мероприятия для престарелых и инвалидов, в том числе для лиц с сопряженной инвалидностью.

В своем выступлении я попытаюсь проанализировать текущую ситуацию в нашей отрасли. Затрону вопросы, связанные с финансовым кризисом, отсутствием надлежащего качества обслуживания, общей нехваткой услуг, а также изоляцией, испытываемой работниками в нашей отрасли. Все эти факторы осложняют нам эффективную работу с людьми с особыми нуждами.

Затем я расскажу о текущем уровне операционных возможностей: какие проекты позволят нам поддержать экономически эффективный способ предоставления социальных услуг сегодня? Это именно вопрос, на который я хотел бы попытаться ответить. Моё исследование учитывает юридические и системные ограничения, связанные с моей трудовой сферой.

В любом случае, на мой взгляд, ответ на вышеупомянутый вопрос также будет существенным в других контекстах. Я завершу свое выступление проанализированием возможностей по обслуживанию, с уделением особого внимания реальности пожилых людей и инвалидов.

Лично я надеюсь, что наша отрасль сможет повысить осведомленность о том, что нужды пожилых людей сильно отличаются от потребностей широкой общественности и что нужды пожилых людей тем более особенны.

Мое намерение состоит не в том, чтобы создавать различия между инвалидами (также с сопряженной инвалидностью) и не инвалидами (или теми, кто страдает многими заболеваниями), но для того, чтобы

подчеркнуть, что пожилые люди - инвалиды имеют право на конкретные услуги, в которых не нуждается население в целом.

Благодаря медицинским прорывам и прогрессу в социально-образовательной опеке, средний возраст людей с инвалидностью увеличивается, поэтому нам нужно обратить внимание на проблемы тех, кто стареет. Наконец, я хотел бы поделиться еще одной мыслью: желаю всем нам, кто работает для людей, находящихся в центрах долгосрочного ухода, быть в состоянии противостоять факту, что мы также стареем. Поскольку люди, достигшие по крайней мере 50-летнего возраста, уже считаются пожилыми людьми, мы можем также с уверенностью сказать «мы - пожилые люди»!

Organizers:



Together we change
the world



European Association
for Directors and Providers
of Long-Term Care Services
for the Elderly



Polish Association
of Organisers and Managers
of Social Welfare
and Health Protection



Polish Society
of Long-Term Care

Partner:



Колм Каннингем

Dementia Support Australia - понимать и адекватно реагировать на причины поведения



Австралийская организация по борьбе со старческим слабоумием (англ. *Dementia Support Australia, DSA*) является организацией, финансируемой правительством Австралии и ведется фондом «HammondCare». Включает она консультирование по поведенческому контролю при заболеваниях деменции, DBMAS (англ. *Dementia Behaviour Management Advisory Service*) и группы по реагированию в тяжелых случаях поведения (англ. *Severe Behaviour Response Teams, SBRT*). Благодаря сети, состоящей из 24 офисов в Австралии, эти услуги предоставляют доступ к специалистам по уходу за пожилыми людьми на территории страны. Консультанты DSA оказывают необходимую поддержку на месте, сохраняя при этом местные знания и отношения.

Из 24 миллионов австралийцев, по оценкам, более 350 000 человек в настоящее время страдают от старческой деменции, и к 2050 году ожидается увеличение этого количества примерно до 900 000 человек. Миссия DSA заключается в улучшении качества жизни как пациентов с деменцией, так и их опекунов. DSA стремится сделать это, работая таким образом, чтобы понять причины поведенческих изменений у пациентов с деменцией и поддержать работников домов опеки, опекунов и других поставщиков таких услуг.

DSA является шлюзом для DBMAS и SBRT. Поскольку они являются одним государственным учреждением. Это означает, что соответствующий член коллектива будет своевременно реагировать на проблемы местного сообщества и обеспечит непрерывность предоставления услуг.

DBMAS оказывает поддержку персоналу и опекунам в предоставлении как неотложной, так и обычной помощи в социальной и жилой среде, обеспечивая доступ к информации, консультированию, ситуационным оценкам и краткосрочным вмешательствам лиц по управлению случаями.

Национальная организация SBRT является мобильным персоналом, включая в том числе сертифицированных и квалифицированных опекунов и медсестер, вспомогательный медицинский персонал и сотрудников-специалистов, готовых предоставить правильные знания и советы тем, кто предоставляет услуги в аккредитованных учреждениях ухода за престарелыми, финансируемых Содружеством наций, предоставляя им поддержку в области заботы о нуждах людей с серьезными и очень серьезными поведенческими и психологическими симптомами деменции, сокращенно BPSD (англ. *Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia*).

Ключевыми элементами SBRT являются специализированные многопрофильные группы специалистов здравоохранения. Они обеспечивают быструю мобильную реакцию на потребности людей с деменцией в

центрах престарелых, которые были переданы в такое учреждение с диагнозом «серьезный случай поведения».

Идея так называемых «летающих бригад» в области старческого слабоумия не является чем-то новым. Ряд успешных пилотных программ уже состоялся в Соединенном Королевстве, Соединенных Штатах и Австралии. Все работали на аналогичной основе, что и СБРТ, включая в это работу многопрофильных коллективов. Это также включает специализированную медицинскую поддержку, предоставление услуг с первоначальным акцентом на ситуационную оценку и управление поведением, дополненную обучением и поддержкой лиц, осуществляющих уход. Одним из наиболее известных этого рода программ является проект «Kansas Bridge Project» и программа CHIP (англ. *Care Home In reach Programme*). Оба эти проекта представляют собой такие результаты, как снижение нейропсихиатрических симптомов, снижение 2-месячного показателя повторной госпитализации и снижение уровня стресса опекуна. Эти программы были локальными и недолгосрочными, а модель SBRT имеет общенациональный и устойчивый характер.

Объединение DBMAS и SBRT под лозунгом DSA - это плавное обслуживание с одноточечной записью для программ по общенациональной телефонной линии. Телефонная линия DSA доступна 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, 365 дней в году.

DSA обеспечивает общенациональное обслуживание с подходом «показываться». Это означает:

- стратегия «твердо ступать по земле» при построении отношений с людьми, а не только с голосами с другой стороны телефонной линии,
- поддержание национальной сплоченности посредством штаб-квартир на территории каждого стана и зоны, что обеспечивает присутствие на локальном уровне,
- обеспечение быстрого реагирования на звонки и приезд в места, расположенные в отдаленных сельских районах,
- индивидуально подобранные услуги, а также такие, которые направлены на удовлетворение специфических и разнообразных нужд людей, живущих дома, в домах опеки или в больничной среде,
- экспертная поддержка на основе медсестринского ухода за больными, вспомогательного медицинского обслуживания и специализированной медицинской экспертизы,
- быть инициативным, ориентированным на среду и явно ответственным.

Хотя существует возможность предоставления поддержки по телефону в некоторых сложных случаях, то вмешательство на месте, предоставляемое консультантами DSA, дает возможность посвятить время человеку, страдающему деменцией, обеспечивая комплексный подход к предоставленной поддержке. С марта 2017 года DSA провело свыше 1985 локальных интервенций на территории Австралии.

Вид с птичьего полета на распространенный ландшафт деменции в Австралии, который получает DSA, является уникальной возможностью для сбора данных о событиях, типах и причинах деменции, изменяющих поведение, что позволяет глобально формировать наш образ мыслей и рассуждений.

Ключевым выводом из полученных данных является то, что боль часто не сообщается среди пожилых людей, хотя более 70% направлений, проходящих через DSA, оказываются связанными с болью. Это особая трудность для человека, страдающего деменцией, когда общение затруднено, и точная идентификация и преодоление боли становятся проблемой.

Следующее тематическое исследование иллюстрирует эту проблему путем направления высланного в SBRT вместе с рекомендациями, которые были предоставлены коллективом для управления поведением, вызванным болью и тревожными звуковыми стимулами.

Когда ему поставили диагноз лобно-височной деменции, Джоном занялась его жена, Тэмми. Когда она работала, о Джоне заботился центр заменяющей опеки. Однако, с развитием болезни, у Джона появилось состояние беспокойства. Он также физически начал атаковать других. Центр дневной

опеки был уже не в состоянии ухаживать за Джоном, что вынудило Тэмми принять трудное решение об умещении Джона в доме престарелых.

В учреждении опеки Джон описывался как человек, постоянно ходящий и физически агрессивный. В возрасте всего лишь 56 лет Джон был все еще активным человеком в хорошем физическом состоянии. Этот факт заставлял сотрудников опасаться, что Джон может причинить вред некоторым из жильцов дома опеки или опекунам.

Джон больше не мог общаться в устной форме. Поэтому он был перенесен в SBRT из-за усиления такого типа поведения, консультанты SBRT посетили учреждение, провели в нем несколько дней, наблюдая за взаимодействием между Джоном и его сотрудниками. Им удалось определить возможные причины поведения Джона. Они наблюдали, что тревожные состояния, которые появлялись у мужчины, возбуждаются в результате чрезмерной стимуляции шумом (акустические интрузии) или в связи с тем, что Джон не участвует в доступных занятиях.

Советы по освоению акустической интрузии:

- Повышение осведомленности сотрудников о тихих приемах пищи, избегание многих источников шума и устранение проблем с шумом в кухне, например, при введении посуды в посудомоечную машину.
- Разрешение выбирать тихое пространство в рамках среды.
- Сокращение количества ненужных стимулов, включая минимизацию отвлекающих факторов, связанных с использованием телефонов или телевизоров.

‘SBRT предложил образование сотрудникам учреждения и предложил специалиста по активному участию в жизни, чтобы он помог персоналу на объекте привлечь Джона в соответствующие для него занятия. Консультанты SBRT также рассматривали доступность в окрестностях личного персонального тренера со знанием старческого слабоумия, чтобы он вовлек Джона в большее количество физических упражнений. Консультанты исследовали также использование хиропрактики, чтобы избавить Джона от возможных болей в спине. Кроме того, психогериатр, входящий в коллектив SBRT, провел психотерапевтический анализ принимаемых Джоном лекарств, предлагая снижение дозы антипсихотиков и попытку использовать парацетамол для облегчения боли, тем самым предотвращая трудное поведение.’

Советы по обезболиванию:

- Всесторонняя, углубленная и регулярная оценка уровней боли с использованием невербальных шкал боли, таких как шкала боли Абби
- Использование не фармакологических вмешательств, облегчающих боль, таких как массаж, горячие или холодные компрессы, физиотерапия и расслабление.
- Использование фармакологических вмешательств - результаты исследований более благоприятствуют регулярному, а не временному использованию анальгетиков у лиц, страдающих деменцией.

В связи с тем, что мероприятия начались в 2016 году, анализ эффективности программы по сокращению поведения будет в дальнейшем продолжаться. Ключевыми элементами анализа будут первоначальные результаты, являющиеся отправной точкой, а также последствия, являющиеся результатом вмешательств с использованием нейропсихиатрической инвентаризации (NPI, **Neuropsychiatric Inventory**) в областях важности, чувствительности, надежности и простоты использования. Кроме того, количество психотропных препаратов, принимаемых пациентами, страдающими деменцией (исключая тех, кто нуждается в интенсивной терапии), также будет проанализировано в эти моменты времени.

Первоначальные результаты, вытекающие из исследований проведенных **Lyketsos** показывают, что эти области поведения превосходят.

Это позволяет DSA оценивать клиническую эффективность услуг как в каждом конкретном случае, так и на программном уровне. Результаты, приведенные в таблице ниже, иллюстрируют средние начальные и итоговые результаты для различных инструментов NPI. Оценивая результаты NPI, снижение на 4 пункта (или снижение на 30% относительно базового показателя) считается значимым в клиническом отношении.

	Средний результат в начале вмешательства	Средний результат при выписке пациента	Среднее изменение результата (начальный момент – итоговый момент)	Среднее уменьшение результата в %
Полные Домены	4.7	2.7	2.0	43%
Полное Усиление	9.8	4.4	5.4	55%
Полная Частота (NPI-NH)	16.6	1.4	15.2	92%
Полное Беспокойствие/Помехи	13.7	5.0	8.7	64%
Полный Результат NPI (NPI-NH)	39.3	4.8	34.5	88%

** снижение на 4 пункта или на 30% от первоначальной оценки считается клинически значимым.*

Кроме того, NPI может использоваться для сравнения частоты каждого домена в отношении данных DSA. Хотя это предварительные данные, что делает их одновременно неоднозначными, они предполагают, что некоторые из тревожащих действий, скорее всего, будут упоминаться чаще, чем другие. Стоит отметить, что поведение, связанное с возбудимостью и агрессией, которое, вероятно, привело бы к наибольшему расстройству / отсутствию профессиональной дисциплины среди лиц, осуществляющих уход, представляется чрезмерно показанным. Противоположность относится к таким поведениям, как апатия, равнодушие, которые редко упоминаются, что, в свою очередь, может предполагать, что вероятность получения поддержки клиентами, которые выделяются, невелика, независимо от того, что влияние этих поведений на качество жизни весьма значимо. Этот анализ дает представление о различии между указанными поведениями и теми, которые не упомянуты. Он также содержит выводы, являющиеся отправной точкой.

DSA предоставляет услуги исключительного характера, поскольку как их масштаб, так и охват услугами общества столь разнообразного, каким является австралийское общество, будут предоставлять важные данные и выводы о явлении, которое часто называют «поведением деменции». DSA будет поддерживаться в финансовом отношении до 2019 года. Основной целью учреждения является передача при ее посредстве нашего образа мышления, языка и услуг, чтобы лучше поддерживать людей, страдающих деменцией. Слишком часто то, что считается дементивным поведением, исходит от здоровья людей, страдающих деменцией, условий, в которых они живут, ухода и поддержки, которую они получают. Цель организации – чтобы предлагаемые программы помогали в развитии умений, навыков, опыта и практических знаний о «дементивном поведении», характерных не только для отдельных учреждений, но и для многих из них.

Питер Хеннесси

Принятие вызовов и шансов вследствие культурных изменений



За последние сорок лет Австралия претерпела культурные преобразования. Из европоцентрического захолустья превратилась в одно из самых динамичных и многокультурных обществ в мире. Признавая необходимость радикальных изменений, очередные австралийские правительства предпринимали шаги по содействию культурному разнообразию и укреплению экономического и социального диапазона быстро растущего азиатского полушария.

Почти 50% австралийцев с переписи 2016 года родились за границей или имели по крайней мере одного родителя, родившегося в другой стране. Китайская диаспора, разбросанная по всей Азии, была самой большой по численности прибывших в Австралию иммигрантов. На втором месте, сразу же за ними, были индейцы из субконтинента.

К сожалению, австралийская индустрия ухода за пожилыми людьми с большим трудом справляется с социальными изменениями, несмотря на то, что число стареющих азиатов, которые называют Австралию «домом», растет очень быстро. Из переписи, проведенной в 2016 году, азиатская общественность в Австралии стареет быстрее, чем население в целом.

«В отрасли доминируют церковь и благотворительные организации, которые не могут приспособиться к изменениям в культурной практике и религиозному разнообразию», - объясняет Питер Хеннесси, президент «Jelta Group».

Как добавляет Питер Хеннесси, «эффективные изменения, скорее всего, были вызваны силой, исходящей из азиатского сообщества в Австралии, чем со стороны поставщиков услуг с уверенной позицией или регулирующих органов. Это, должно быть, было сочетание азиатских культурных ценностей, западных стандартов и актов передачи».

Растущая проблема была значительным «культурным изменением» для молодых членов азиатского населения, родившихся в Австралии. На демографию все больше влияет Запад; наступает отказ от традиционных азиатских ценностей, таких как сыновнее благочестие, многопоколенная семья и уважение к пожилым людям. Все это привело к дестабилизации семейных структур и распространению социальной изоляции среди престарелых австралийцев азиатского происхождения.

Однако, благодаря усилиям австралийца малазийско-китайского происхождения, изменения были осязаемы.

Тан Чо Лам, основатель-провидец и управляющий директор, в результате опыта ухода за своим больным отцом, который изменил также его профессиональную карьеру, пришел к выводу, что должен

существовать намного лучший способ ухода за пожилыми людьми, который не требовал бы стольких жертв.

Он искал такого решения ухода за престарелыми, которое позволит освободить будущие поколения азиатов от культурного бремени сыновнего благочестия, не обрекая, одновременно, стареющие близкие им лица на отказ от получения радости жизни или переход в социальную изоляцию.

Тан Чо Лам тщательно изучил модели ухода за больными во всем мире, чтобы убедиться, что его видение отвечает всем требованиям стандартов аккредитации норм по уходу, предоставления услуг, социальной ответственности и экономической рентабельности. Благодаря проведенному исследованию, он пришел к выводу, что самым правильным будет являться австралийский метод ухода с многолетней традицией.

К сожалению, однако, в нем отсутствовали ключевые элементы, характерные для азиатских культур: любовь, забота, радость, семья и увлечение.

Вместо того, чтобы согласиться на «статус-кво», Тан Чо Лам улучшил аккредитованную австралийскую модель таким образом, чтобы он охватывал все азиатские ценности, оцененные людьми предыдущих поколений.

В результате дальновидных стремлений и увлечения, появилась награжденная призом модель «Jeta 4H», которая пользуется международным признанием.

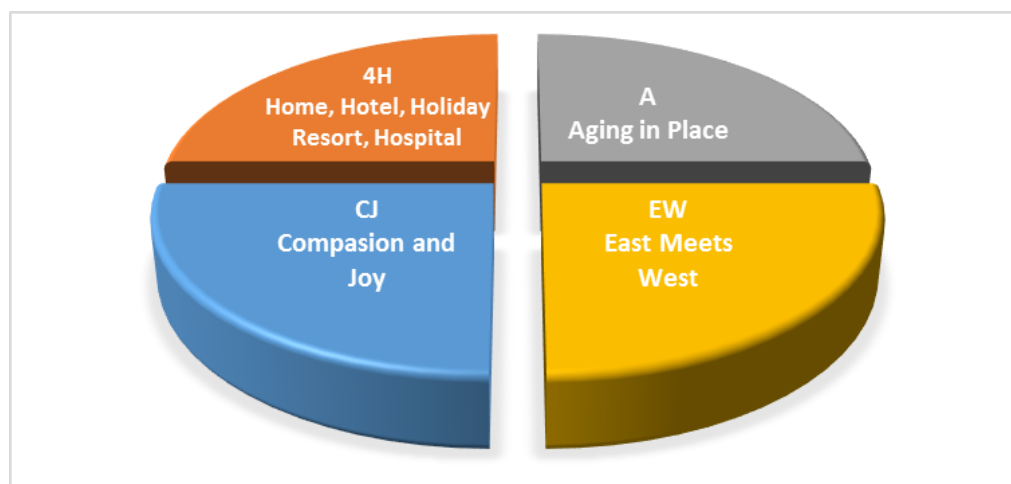
Объединив принятые и признанные стандарты ухода с основными азиатскими ценностями, люди из разных культур получают выгоду от «4H», что делает предлагаемое решение действительно мультикультурным.

В настоящее время «Jeta Gardens» считается самым крупным и наиболее подходящим в культурном отношении центром для пожилых людей в Австралии и южном полушарии.

МОДЕЛЬ 4Н

Достижения «Jety» в разработке и применении модели ухода 4H награждаются в Австралии и за ее пределами. Ключевая, интегральная философия, создаёт уникальную жизненную среду, которая гарантирует жителям уход и сострадание.

МОДЕЛЬ 4Н



4H

A Aging (старение в одном месте)

CJ Compassion and Joy (сострадание и радость)

EW East meets West (восход встречается с закатом)

4Н (ЛЕГЕНДА)

Первое «Н» = Дом (Home). Он должен выглядеть как дом и заставлять подопечного чувствовать себя как дома.

Второе «Н» = Отель (Hotel). Больше исходим из понятия гостеприимства, а не клиники.

Третье «Н» = Курортный отель (Holiday Resort). Много пространства и удобств, как в дорогом курортном отеле.

Четвертое «Н» = Больница (Hospital). Это компонент, который управляется врачами, сертифицированными медсестрами, опекунами и другими специалистами здравоохранения в дружелюбной среде.

А - СТАРЕНИЕ НА ОДНОМ МЕСТЕ

В концептуальном понимании: «всё под одной крышей», под которой опыт старения в течение 50-100 лет происходит в функциональной открытой среде, которая распространяется на сообщество вне центра.

1. Самостоятельная жизнь с надлежащей поддержкой, когда это необходимо.
2. Дом опеки или уход на дому.
3. Круглосуточный дом опеки (дом спокойной старости), обеспечивающий уход за жильцами, которые в большей или меньшей степени в нем нуждаются, предлагающий реабилитационный и терапевтический уход, уход за людьми со старческим слабоумием, паллиативную помощь, одноразовую и телемедицину.

Е W - ВОСТОК (EAST) ВСТРЕЧАЕТСЯ С ЗАПАДОМ (WEST)

В Австралии практикуется сочетание лучших восточных ценностей (сыновнее благочестие) и западной системы ухода за пожилыми людьми.

ДОСТИЖЕНИЯ «JELTY»

Новаторская позиция в области ухода за пожилыми людьми уже более 20 лет. Тан Чо Лам, основатель двух удостоенных наград объектов в Австралии и Малайзии, является международным авторитетом и лидером в отрасли.

Начатое в 2002 году «путешествие» стало реальностью, воплощенной в Австралии, Малайзии и Китайской Народной Республике.

Даниэль Молинуево

Дома опеки в Европе: государственные и частные услуги за последнее десятилетие



Стоимость ухода за пожилым населением давно стала проблемой для Европейского союза. В ежегодном анализе экономического роста в 2017 году, который начал процесс европейского семестра, Европейская комиссия призвала увеличить инвестиции в сектор долгосрочного ухода, чтобы облегчить опекунам уход за семьей. Комиссия также подчеркнула необходимость повышения эффективности и доступности таких услуг с учетом ожидаемого увеличения внеурочной опеки, связанной со старением населения и техническим прогрессом. В своих ежегодных рекомендациях государствам-членам о том, как эффективно управлять государственными деньгами и избегать чрезмерной задолженности, как Европейская комиссия, так и Совет Европейского союза, как правило, просят сократить расходы на долгосрочный уход. Конкретные рекомендации по конкретным странам, как правило, направлены на улучшение соотношения затрат на качество услуг долгосрочной опеки, при обеспечении доступности таких услуг и повышении их качества. Кроме того, в своем анализе структурных финансовых проблем 2016 года Европейская комиссия пришла к выводу, что Чехия, Эстония, Латвия, Нидерланды и Польша могут повысить эффективность расходов, переключив акцент с институционального ухода на домашний уход.

Несмотря на важность долгосрочного ухода на уровне ЕС, официальные данные, предоставленные Евростатом, не различают тип собственности учреждений, предоставляющих такие услуги (хотя такие данные доступны другим организациям, таким как больницы). Новый отчет, разработанный «Eurofound» о домах опеки для пожилых европейцев является самым полным докладом до настоящего времени, выданным с целью сбора данных о государственных домах опеки, а также о частных и неправительственных некоммерческих организациях. В этом отчете также содержится информация, полученная из различных исследований, анализов и обзоров о различиях между доступностью, качеством и эффективностью услуг, оказываемых в государственных и частных учреждениях. Информация, содержащаяся в отчете, была собрана сетью корреспондентов «Eurofound». Источниками данных были статистические управления и различные исследования.

За последние 10 лет наблюдается рост числа домов опеки почти во всех странах, для которых имеются данные. В Румынии, Словакии и Словении число частных домов опеки удвоилось (хотя изначально было небольшим). В то же время число государственных домов опеки или сокращается (Хорватия, Чехия, Франция, Германия, Норвегия, Словения и Великобритания (Шотландия)), или растет медленнее, чем число частных домов опеки (Кипр, Литва, Румыния и Словакия). Исключения составляют Мальта и Испания. Число государственных домов опеки в обеих странах растет быстрее, чем число частных

учреждений. Эффектом этой закономерности, как показывают последние данные, является факт, что частные лица управляют почти всеми домами опеки в Германии, Греции и Нидерландах, а также более 75% от общего числа домов опеки в Великобритании, Ирландии и Италии. На государственные дома опеки приходится примерно одна треть всех домов по уходу в Испании, Мальте, Франции, Хорватии и Кипре. Процентное распределение государственных и частных домов опеки является более равномерным в Румынии, Словакии, Австрии и Словении. В Норвегии, Литве и Дании более 90% домов опеки принадлежат государству.

Во всех странах, где имеются данные, за исключением Испании, количество и процентное распределение мест оказания помощи увеличилось более в частных домах опеки, чем в государственных. В Бельгии и Норвегии число мест в некоммерческих домах опеки увеличилось больше, чем в домах, управляемых коммерческими субъектами, в то время как в Великобритании (Шотландия) ситуация была совершенно противоположной. Последние данные показывают, что на услуги, оказываемые частными субъектами приходится более двух третей всех мест по уходу в Греции, Нидерландах (где такие услуги почти исключительно некоммерческие), Великобритании (Шотландия), Ирландии, Испании и Бельгии. Во Франции, Австрии, Мальте, Литве и Румынии распределение мест в государственных и частных домах опеки примерно одинаково. На долю государственных услуг приходится около 70% этих услуг в Чехии, Литве, Польше, Словакии и Словении, а также около 90% в Норвегии.

В некоторых странах существуют значительные различия между размерами государственных и частных домов опеки. В Словении и Мальте государственные дома опеки имеют в два раза больше мест, чем их средний показатель в частных домах. За последние десять лет средний размер частных домов опеки в Чехии, Мальте, Литве и Испании значительно увеличился, тогда как количество мест в государственных домах уменьшилось или осталось на том же уровне.

Эффектом этих изменений в домах опеки является факт, что в Греции, Нидерландах, Германии и Шотландии почти все клиенты находятся в частных домах опеки. Процентное распределение резидентов между государственными и частными домами опеки на Кипре, Литве, Франции, Румынии, Финляндии, Венгрии и Словакии остается на схожем уровне. В Хорватии и Швеции число резидентов в государственных домах опеки составляет более 70% от общего числа лиц, пользующихся услугами домов опеки.

Каковы последствия увеличения предоставления таких услуг частными лицами? В некоторых странах частные дома опеки не предоставляют доступ к такому спектру специализированных медицинских услуг, как в случае государственных домов опеки. По мере, как увеличивается предоставление услуг частными лицами, вопрос о расходах, вероятно, будет иметь большее значение, разве что увеличится государственное финансирование. Существуют также различия в расположении отдельных типов домов опеки, причем более вероятной локализацией для частных домов опеки станут городские районы. Различия в типах резидентов обусловлены рентабельностью требуемых ими услуг; например, в большинстве стран, где имелаась информация о соотношении численности персонала к числу резидентов, в государственных домах опеки сообщалось о более высоких показателях.

Нет согласованных показателей качества, особенно тех, которые касаются качества жизни резидентов в рамках долгосрочной опеки. Качество услуг в государственных и частных домах опеки отличается, в зависимости от государства, а научные исследования обычно фокусируются на таких аспектах качества, которые легче измерить. Некоторые индикаторы показывают различия в таких вопросах, как наличие отдельных помещений, уровень гигиены, возможность выбора питания и занятий резидентов, подход

персонала, уровень питания, непрерывность ухода, профилактическое медицинское обслуживание и уровень предоставляемой помощи.

Различия в эффективности между частными и государственными домами опеки, по-видимому, во многом определяются расходами на персонал и различиями в профиле резидентов; на государственные дома опеки приходится часто, в процентном соотношении, большее число пансионеров с проблемами со здоровьем или генерирующих меньшую прибыль.

Многочисленные исследования подчеркивают то, как частные поставщики услуг сталкиваются с дилеммой сокращения расходов, снижая качество услуг или увеличивая цены и тем самым теряя конкурентоспособность и / или рентабельность. Исследования, которые документируют различия между различными типами поставщиков услуг, также должны показать, не ухудшается ли одна из услуг в ущерб иным услугам.

Чтобы лучше контролировать масштабы государственных и частных услуг, важно иметь четкие общие определения, позволяющие собирать данные по различным типам услуг по долгосрочной опеке и поставщикам этих услуг. Определения и данные о предоставлении услуг в государственной, некоммерческой и коммерческой формах должны учитывать юридический статус, право собственности и хозяйственную деятельность субъектов, оказывающих услуги.

Исследования, проведенные в нашем обзоре, указывают на различия в доступности, качестве и эффективности услуг. Имея результаты, которые отличаются в зависимости от исследований и в зависимости от государства, для того, чтобы сделать более однозначные выводы о различиях в предоставляемых услугах, крайне важно собирать исследования и систематически рассматривать их на национальном и европейском уровнях. Исследования и данные могут использоваться на европейском уровне (особенно в рамках Европейского семестра) для лучшего понимания уровня различных видов оказываемых услуг.

Organizers:



Partner:

