

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

ГНАТЮК Алла Вікторівна

**Вдосконалення надання геріатричних послуг
закладом охорони здоров'я / Improving the
provision of geriatric services by health care
institutions**

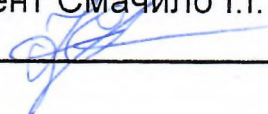
спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»
освітньо-професійна програма «Публічне управління та
адміністрування»

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи
ПУАзм-21
Гнатюк А.В.



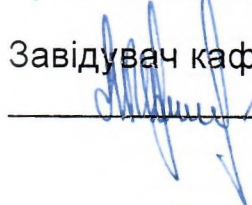
Науковий керівник:
к.е.н., доцент Смачило І.І.



Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту

«14» листопада _____ 2022 р

Завідувач кафедри

 _____ М.М. Шкільняк

ТЕРНОПІЛЬ – 2022

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ НАДАННЯ ГЕРІАТРИЧНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	6
1.1. Поняття та особливості геріатричних послуг та алгоритм їх надання особам похилого віку.....	6
1.2. Зарубіжний досвід надання геріатричної послуг особам похилого віку	13
Висновки до розділу 1	21
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СИСТЕМИ НАДАННЯ ГЕРІАТРИЧНИХ ПОСЛУГ ЛУЦЬКИМ ГЕРІАТРИЧНИМ ПАНСІОНАТОМ	24
2.1. Оцінка організаційного забезпечення процесу надання геріатричних послуг досліджуваним закладом охорони здоров'я.....	24
2.2. Аналіз передумов надання геріатричних послуг досліджуваним закладом охорони здоров'я.....	29
2.3. Оцінка кадрового забезпечення процесу надання геріатричних послуг досліджуваним закладом охорони здоров'я.....	40
Висновки до розділу 2	48
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ ГЕРІАТРИЧНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	51
3.1. Перспективи використання концепції комплексного догляду за людьми похилого віку в закладі охорони здоров'я.....	51
3.2. Геріатричні послуги як інструмент створення та примноження потенціалу срібної економіки	57
Висновки до розділу 3	63
ВИСНОВКИ	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	69
ДОДАТКИ	75

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасна демографічна ситуація у світі характеризується щорічним збільшенням частки людей похилого віку серед інших груп населення. Зниження народжуваності та зростання тривалості життя призводять до структурних змін економічного та соціального розвитку країн світу. Тому виникає дедалі гостріша необхідність розробки пропозицій щодо врегулювання цього питання. Органічним варіантом рішення такої проблеми є розвиток ринку геріатричних послуг, що може позитивно вплинути на розвиток економіки в цілому. У майбутньому група осіб старшого покоління буде однією з переважаючих, тому вже зараз слід звернути увагу на потенційне зростання попиту на кадри у сфері геріатричних послуг та розвиток цього ринку загалом.

За статистикою, кількість років здорового життя не зростає пропорційно зі збільшенням тривалості життя. У країнах з високою тривалістю життя попит на геріатричні послуги суттєво перевищує можливості ринку, що потребує посилення координації між системою охорони здоров'я та ринком геріатричних послуг, зміни сприйняття літньої людини та підходів до геріатрії.

Розвиток сфери геріатричних послуг особам похилого віку має призвести до позитивних соціально-економічних зрушень. Зростання частки літніх людей може збільшити кількість робочих місць у сфері обслуговування, при цьому покращення стану здоров'я людей дозволить їм довше зберігати свою працездатність, що забезпечить компенсацію нестачі кадрових ресурсів через прогресуюче зниження народжуваності. Створення системи належного догляду, консультацій, мереж для осіб похилого віку уможливить запобігання розвитку потенційних хвороб, розвиток комунікативних мереж серед літніх людей та продовження їх якісного та довгого життя. В цьому контексті дослідження особливостей надання геріатричних послуг закладами охорони здоров'я набуває особливої актуальності.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналізом забезпечення осіб похилого віку геріатричною допомогою, а також проблемами старіння і

депопуляції населення займаються фахівці геронтології, Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України, Інституту регіональних досліджень НАН України та інші (В. Чайковська, В. Безруков, Ю. Ворошенко, С. Пирожков, В. Піскунов, П. Стешенко, П. Шевчук, Е. Лібанова, В. Терещ, У. Садова, С. Копчак, С. Цапок).

Метою кваліфікаційної роботи є розвиток теоретичних положень і вироблення практичних рекомендацій щодо удосконалення механізму реімбурсації лікарських засобів на фармацевтичному ринку.

Для досягнення мети кваліфікаційної роботи були поставлені і розв'язувались такі **завдання:**

- вивчення поняття та ідентифікація особливостей геріатричних послуг та алгоритм їх надання особам похилого віку;
- дослідження зарубіжного досвіду надання геріатричної послуг особам похилого віку;
- проведення оцінки організаційного забезпечення процесу надання геріатричних послуг досліджуваним закладом охорони здоров'я;
- здійснення аналізу передумов надання геріатричних послуг досліджуваним закладом охорони здоров'я;
- проведення оцінки кадрового забезпечення процесу надання геріатричних послуг досліджуваним закладом охорони здоров'я;
- обґрунтування перспектив використання концепції комплексного догляду за людьми похилого віку в закладі охорони здоров'я
- розробка напрямків використання геріатричних послуг для створення та примноження потенціалу срібної економіки.

Об'єктом дослідження у кваліфікаційній роботі є процес надання геріатричних послуг закладом охорони здоров'я.

Предметом дослідження у кваліфікаційній роботі є механізм надання геріатричних послуг закладом охорони здоров'я.

Методи дослідження: методи аналізу та синтезу, методи індукції та дедукції, метод системного аналізу, метод структурного аналізу, метод

функціонального аналізу, метод порівняння, метод узагальнення, метод систематизації тощо.

Наукова новизна кваліфікаційної роботи полягає у розвитку теоретико-методологічних основ процесу надання геріатричних послуг закладом охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що розвинуті у кваліфікаційній роботі теоретичні положення та сформовані практичні рекомендації щодо вдосконалення процесу надання геріатричних послуг закладом охорони здоров'я можуть бути використані в роботі Луцького геріатричного пансіонату та інших закладів охорони здоров'я такого профілю.

Апробація. За результатами дослідження опубліковано 2 тез доповідей на тему «Напрямки удосконалення організації надання геріатричної допомоги населенню» у збірнику Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах війни та післявоєнної відбудови України» [3] (Тернопіль, травень 2022 року) та на тему «Геронтологія як складовий елемент срібної економіки» у збірнику Наукової інтернет-конференції студентів та молодих вчених кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» [2] (Тернопіль, листопад 2022).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ НАДАННЯ ГЕРІАТРИЧНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Поняття та особливості геріатричних послуг та алгоритм їх надання особам похилого віку

Збереження здоров'я та якості життя осіб похилого віку є одним із важливих завдань держави. Основною метою системи охорони здоров'я для цієї категорії осіб протягом багатьох років було зниження смертності від інфекційних та хронічних захворювань. В даний час ключові завдання також передбачають збереження фізичних функцій, психологічного добробуту та профілактику геріатричних синдромів. Підвищення тривалості життя та збільшення кількості осіб похилого віку супроводжуються зростанням поширеності хронічних захворювань та інвалідності серед населення нашої держави. В такій ситуації зростає необхідність оптимізації медико-соціального обслуговування цієї категорії осіб.

Під медико-соціальною допомогою розуміють організацію лікувально-профілактичних заходів в умовах стаціонару та амбулаторно, що мають на меті збереження та підтримання здоров'я людей похилого віку, забезпечення консультативного, реабілітаційного та медичного обслуговування. До стаціонарних установ належать будинки престарілих, лікарні та відділення сестринського догляду. Активне старіння передбачає адекватну підтримку фізичного, психічного та соціального благополуччя, участь людей похилого віку в соціальній, економічній та інших сферах життя відповідно до своїх потреб і можливостей. Очікується, що «у наступні 50 років відносна частка дорослого населення зросте вчетверо. За деякими оцінками, до 2050 р. кількість людей віком від 60 років у світі досягне майже 2 млрд.» [4].

У зв'язку з цим медико-соціальна допомога (рис. 1.1) стає одним із пріоритетів політики держави щодо осіб похилого віку. Сьогодні основна увага зосереджена не лише на підтримці здоров'я та соціальної активності

людей похилого віку, але на вдосконаленні допомоги та послуг у сфері медичного обслуговування, особливо для осіб, які мають хронічні захворювання чи інвалідність.



Рис. 1.1. Структура комплексної соціально-медичної допомоги громадянам похилого віку

Примітка. Наведено за [14]

Як видно з рис. 1.1, деякі функції соціально-медичної допомоги здійснюють геріатричні підрозділи, що підтверджує її статус як компоненти системи соціальної підтримки осіб похилого віку. Для позиціонування геріатричної допомоги у системі соціально-медичної підтримки осіб похилого віку необхідно чітко сформулювати особливості цієї допомоги.

Основними складовими геріатричної допомоги особам похилого віку є: 1) геріатрична допомога у стаціонарних умовах; 2) геріатрична допомога в амбулаторних умовах (за місцем проживання); 3) геріатрична допомога на дому (медико-соціальний патронаж); 4) геріатрична допомога в реабілітаційних центрах (рис. 1.2).

Аналіз складових елементів, наведених на рис. 1.2., дозволяє виділити наступні особливості геріатричної допомоги як спеціалізованого медико-соціально-психологічного супроводу осіб похилого віку: 1) комплексний характер геріатричної допомоги та системна єдність окремих видів геріатричної допомоги забезпечується їх наступністю у поєднанні з

нерозривністю та тривалістю процесу геріатричного супроводу пацієнтів; 2) локалізація окремих видів геріатричної допомоги забезпечує використання стаціонарозамінних геронтотехнологій у процесі довготривалого медико-соціального супроводу геріатричних пацієнтів; 3) переважання за обсягом та важливістю профілактики та реабілітації вікоасоційованих захворювань, які вимагають значно менших витрат у порівнянні із оформленням пацієнта до медичного стаціонару або здійсненням медичного патронажу в домашніх умовах, тому їх використання забезпечує економію бюджетних коштів.

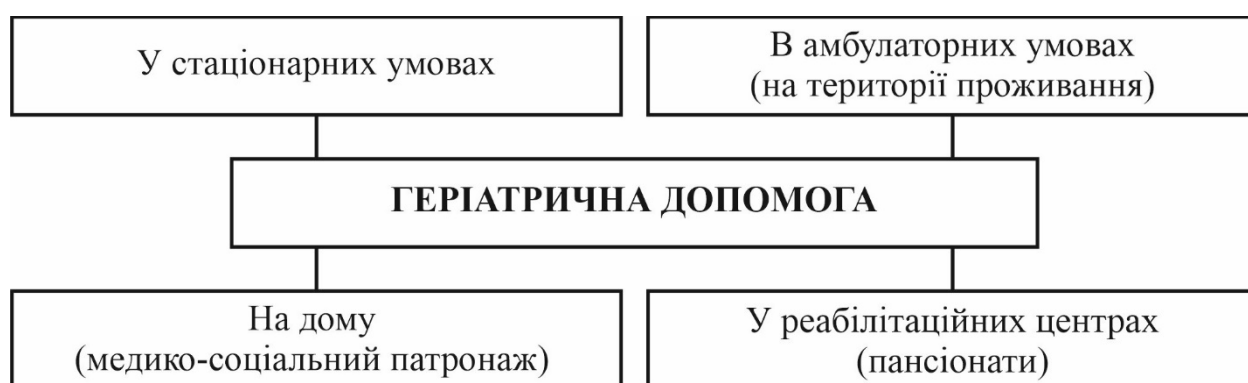


Рис. 1.2. Складові елементи геріатричної допомоги

Примітка. Наведено за [1]

Геріатрична допомога є тривалим та безперервним процесом, який здійснюється відповідно до алгоритму, представленого на рис. 1.3.

Як видно з рис. 1.3, основною організацією геріатричної допомоги є наступні положення: 1) основою надання геріатричної допомоги літній людині є геріатрична оцінка пацієнта у поліклініках на стадії первинної діагностики; 2) надання геріатричної допомоги у стаціонарних умовах у вигляді паліативної допомоги, сестринського догляду, патронажу вдома, проведення курсів медичної реабілітації здійснюють виключно у плановому порядку за рішенням відповідної комісії, що дозволяє забезпечити диференційований підхід до геріатричної підтримки осіб похилого віку; 3) наявність зворотнього зв'язку від пацієнта під час здійснення підтримуючих заходів доводить наступність і нерозривність окремих блоків, їх тісний взаємозв'язок у структурі

геріатричної допомоги; 4) базовою складовою геріатричної допомоги є надання соціально-медичної підтримки в геріатричних відділеннях поліклінік за місцем проживання.

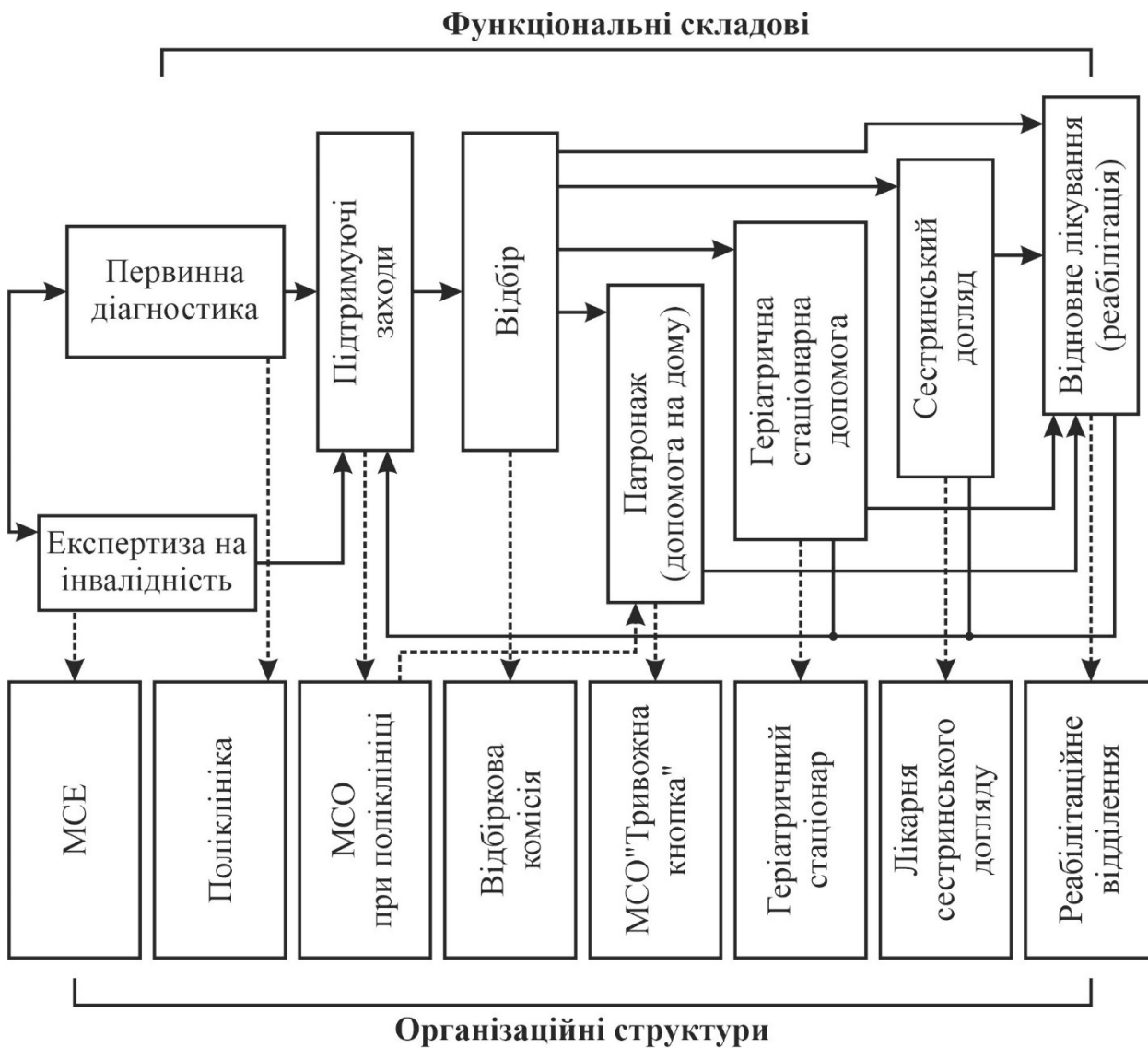


Рис. 1.3. Алгоритм надання геріатричної допомоги

Примітка. Примітка. Складено автором

Широке використання механізмів профілактики та реабілітації вікасоційованих захворювань дозволяє продовжити період життєвої активності літніх пацієнтів без їх регулярного розміщення у медичних стаціонарах (як планового, так і екстреного).

Методологія надання геріатричної допомоги має свої особливості: 1) по-

перше, забезпечується диференційований підхід до формування комплексної послуги медико-соціального супроводу для кожного пацієнта з урахуванням його поточного психофізіологічного стану та динаміки розвитку вікосоцієтованих захворювань; 2) по-друге, медико-соціально-психологічний супровід пацієнтів з використанням спеціальних геронтологічних технологій має довготривалий характер, від моменту оформлення геріатричного пацієнта до зміни статусу геріатричної допомоги на паліативну; 3) по-третє, медикаментозне втручання знижується за рахунок використання комплексних медико-психологічних методик та оздоровчих заходів на кожній із стадій геріатричного супроводу пацієнта; 4) по-четверте, кількість екстрених госпіталізацій до медичних стаціонарів мінімізується за рахунок планових госпіталізацій до стаціонарів геріатричного профілю, підвищення інтенсивності заходів щодо профілактики та реабілітації хронічних вікосоцієтованих захворювань у геріатричних відділеннях при поліклініках за місцем проживання.

Важливо відзначити, що надання геріатричної допомоги не передбачає відмови літнього пацієнта від отримання звичайної медичної допомоги різних профілів, включаючи екстрену допомогу вдома та стаціонарі. На рис. 1.4 представлена схема організації надання геріатричної допомоги. Представлені на рис. 1.4 прямі зв'язки між підрозділами геріатричної служби та соціальними службами побічно підтверджують міжвідомчий характер геріатричної допомоги.

Вивчення поняття та особливостей геріатричної допомоги та алгоритму її надання особам похилого віку переконливо свідчать, що геріатрична допомога має бути виділена в окремий міжвідомчий напрямок, що передбачає вирішення організаційних, фінансових та науково-методичних проблем.

Для надання комплексної послуги медико-соціального супроводу осіб похилого віку немає необхідності змінювати сформовану адміністративно-відомчу структуру закладів охорони здоров'я та соціального захисту населення. Необхідні лише наявність міжвідомчих нормативних актів

державного та регіонального рівнів та прямих договорів між установами охорони здоров'я – підрозділами геріатричної служби та установами соціального захисту населення, які надають послуги особам похилого віку, що дозволяє забезпечити комплексність послуги за єдиними стандартами в установах зазначених відомств за рахунок залучення спеціалістів із структур-партнерів.

Для сучасної системи державної соціальної підтримки осіб похилого віку характерно: 1) досить широкий спектр послуг, які надають державні установи соціального, медичного, психологічного, освітнього профілю (рис. 1.5) особам похилого віку; 2) «автономізація» окремих видів геріатричних послуг за відносно низького рівня їх інформаційної доступності; 3) відсутність, в силу відомчої роз'єднаності, технічної можливості використання диференційованого підходу при формуванні комплексних пакетів послуг, з урахуванням індивідуальних особливостей громадянин – їх психофізіологічного стану, потреби, соціального та майнового статусу, місця проживання тощо; 4) відомча неузгодженість, насамперед на рівні регіонів, за обсягами, номенклатурою та затребуваністю окремих послуг, в основному тих, які можуть бути віднесені до категорії «міжсекторних» (типовий приклад «міжсекторної» послуги – медико-соціальна допомога, що надається особам похилого віку спеціалізованими закладами охорони здоров'я та соціально-медична допомога вдома, яка надається особам похилого віку установами соціального захисту населення; 5) відсутність наукового обґрунтування співвідношення обсягів окремих видів послуг для конкретного пацієнта, можливості виконання персональних запитів щодо обсягів, пріоритетності, доступності цих видів послуг у складі єдиної комплексної послуги; 6) відсутність методичної підтримки формування комплексної послуги для осіб похилого віку на рівні регіонів через несформовану нормативну базу та системні структури, які могли б забезпечити таку підтримку та контроль державних установ та приватних структур.

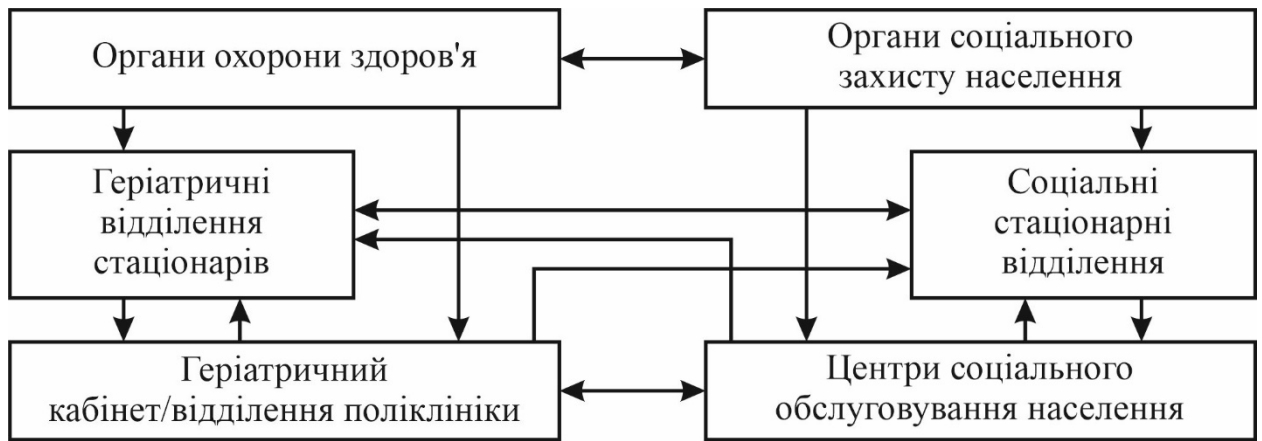


Рис. 1.5. Взаємодія медичних та соціальних закладів в процесі надання геріатричної допомоги особам похилого віку

Примітка. Складено автором

З урахуванням перерахованих особливостей системи державної соціальної підтримки осіб похилого віку, створення геріатричної служби в Україні у сучасних умовах вимагає: 1) міжвідомчої інтеграції установ систем охорони здоров'я та соціального захисту населення, які надають послуги соціального профілю особам похилого віку, зокрема на рівні регіонів; 2) формування комплексної послуги медико-соціально-психологічного супроводу осіб похилого віку з урахуванням потреб конкретних громадян, єдиний облік обсягів за окремими видами послуг, незалежно від відомчої приналежності структур, що їх надають, зокрема в електронному форматі (створення єдиної інформаційної системи); 3) забезпечення доступності за кожним видом затребуваних послуг, диференційований підхід щодо параметрів комплексної послуги для конкретного споживача; 4) перехід до планування та фінансування комплексної послуги особам похилого віку «від споживача», що дозволить оптимізувати структуру комплексної послуги та джерела її фінансування; 5) виділення окремих груп державних установ охорони здоров'я (геріатрична служба) та соціального захисту населення, орієнтованих на надання спеціалізованої комплексної послуги особам похилого віку, що працюють на основі єдиних стандартів та пов'язаних договірними відносинами на рівні території (область, район, територіальна

група); б) активне залучення недержавних структур – добровільних об'єднань, соціально-орієнтованих некомерційних організацій, комерційних організацій – до участі у наданні спеціалізованої комплексної послуги особам похилого віку на окремих територіях.

1.2. Зарубіжний досвід надання геріатричних послуг особам похилого віку

Процеси старіння населення набувають сьогодні глобальних масштабів та викликають занепокоєння урядів багатьох країн, оскільки спостерігається звуження природних меж працездатного населення і виникає неспроможність соціальної системи забезпечувати населенню відповідний захист. Тому освоєння досвіду європейських країн щодо підвищення якості життя осіб похилого віку та організації системи геріатричної допомоги сьогодні є вкрай актуальними.

Лідуючі позиції з середньої тривалості життя займають Гонконг, Макао та Японія, де вона становить понад 83 роки (табл. 1.1). Для порівняння в Україні вона становить 72,1 років. Обсяг ринку товарів та послуг для літніх людей у середньому збільшується на 4,2% на рік і до 2023 р. може становити 512,7 млрд. дол. Для порівняння – його обсяг у 2020 та 2011 роках становив 381,6 і 417 млрд. дол. відповідно [8].

У Японії частка літніх людей неухильно зростає, народжуваність падає, що призводить до нестачі кадрів. Для вирішення цієї проблеми держава стимулює зайнятість літніх людей чим забезпечує більш активну та здорову старість [56]. Одним із таких заходів є збільшення виплат при відстрочці виходу на пенсію. Держава виплачує гранти роботодавцям, якщо вони покращують умови праці пенсіонерів за збереження умов оплати праці. Відповідно, чим більше літніх працівників працевлаштовані, тим більше грантів вона може отримати. Для покращення умов праці роботодавці наймають спеціальних консультантів, які вносять пропозиції щодо вдосконалення та сприяння зайнятості, проводяться тренінги як для

керівників, так і для працівників середньої ланки. Для роботодавців для обговорення цих питань щорічно проводиться форум «Society with Lifelong Employment».

Таблиця 1.1

Середня тривалість життя в країнах світу

Місце	Країна	Тривалість життя, роки
1	Гонконг (Китай)	84,2
2	Японія	84,0
3	Макао (Китай)	83,8
4	Швейцарія	82,9
5,6	Іспанія, Сінгапур	82,8
7	Ліхтенштейн	82,7
8, 9, 10, 11	Італія, Норвегія, Австралія, Ісландія	82,5
12	Ізраїль	82,4
13, 14, 15	Канада, Люксембург, Франція	82,3
16, 17	Фарерські острови (Данія), Швеція	82,2
18	Південна Корея	82,0
19, 20	Мальта, Фінляндія	81,8

Примітка. Наведено за [46]

Особливості менталітету та культура сприйняття літніх людей загалом сильно впливають на розвиток їх соціальної підтримки. У Японії після настання пенсійного віку прийнято залишатися вдома зі своїми родичами, а не їхати до спеціалізованих установ. При цьому, за даними Центру навчання та інновацій Національного центру геріатрії та геронтології Японії у 2020 р. 50% літніх були самотніми, а до 2030 р. цей показник прогнозується на рівні 75%. Все зростаюча кількість одиноких літніх істотно впливає на завантаженість ліжко-місць у геріатричних центрах, брак яких проявляється вже зараз (наприклад, у Токіо, Чібі, Сайтамі, Канагаві та інших містах).

Важливим показником якості геріатричних послуг є рівень обізнаності медичних працівників. Після 1990-х японський уряд почав видавати законопроекти про попередження жорстокого поводження з людьми похилого віку, підтримки осіб, які забезпечують догляд за людьми похилого віку. У 2020 р. вченими Інституту Кобе було проведено опитування серед медичних

працівників різних закладів охорони здоров'я щодо їх ставлення до жорстокого поводження з людьми похилого віку. Результати дослідження дозволили виявити такі тенденції: 1) вік медичних працівників негативно позначається на поінформованості про жорстоке поводження з літніми людьми (молоді працівники більш поінформовані про цю проблему); 2) гендерні відмінності впливають рівень жорстокості (працівниці первинної ланки медико-санітарної допомоги, як правило, більш схильні до насильства); 3) стаж роботи впливає на можливість жорстокого поводження з пацієнтами (молоді працівники менш схильні до насильства). В цілому, завдяки великій увазі уряду, навчанню в цій сфері, а також поширенню інформації спостерігається тенденція до покращення ставлення медичних працівників до літніх пацієнтів [33].

Важливим аспектом подальшого розвитку ринку геріатричних послуг у Японії є підвищення грамотності населення галузі медицини. Наприклад, незважаючи на найвищий рівень розвитку медицини в країні, проведене опитування 53 000 японців старше 50 років показало, що лише 3,8% знають про існування миготливої аритмії [27].

Серед країн ЄС країнами-лідерами у забезпеченні людей похилого віку є Скандинавські країни: Данія, Швеція та Фінляндія. Скандинавська геронтологічна федерація (NGF) була заснована в 1974 р. як єдина організація геронтологічних і геріатричних організацій у Данії, Фінляндії, Ісландії, Норвегії та Швеції. Основна мета діяльності NGF – це підтримка розробок та навчання в галузі геронтології та геріатрії [23].

Швеція є країною-лідером за рівнем соціального забезпечення населення. При цьому модель надання соціальних послуг схожа на інші Скандинавські країни і в основному забезпечує догляд за літніми в домашніх умовах. Дослідження, яке охоплювало 283 тисяч пацієнтів у 29 шведських медичних центрах, показало, що повторна госпіталізація осіб віком від 65 років безпосередньо залежить від якості наданої медичної допомоги. Частота повторної госпіталізації була значно вищою у пацієнтів медичних центрів, які

знаходяться у місцях проживання осіб низького соціально-економічного становища [58].

У Данії добре розвинена система догляду за літніми людьми вдома. Найняті муніципалітетами лікарі-геріатри систематично спостерігають за здоров'ям літніх людей навіть у випадках, коли пенсіонери не звертаються за допомогою. Послуги з догляду вдома призначені для людей похилого віку, які не можуть проявити самостійність у повсякденному житті. Догляд вдома поділяється на дві категорії: 1) практична допомога (наприклад, прибирання та прання, особистий догляд) та 2) медична. Муніципалітети надають ці послуги безкоштовно. У 2021 р. близько 12% всіх людей похилого віку старше 65 років отримували послуги з догляду на дому [42]. Політика Данії щодо людей похилого віку спрямована на підтримку їх самостійності. Муніципалітети надають вибір з різних постачальників послуг догляду вдома та харчування.

За повної неможливості самозабезпечення літнім людям пропонують проживання у спеціалізованих установах. Проживання та їжа оплачуються окремо, а лікування здійснюється безкоштовно. У 2020 р. за даними Міністерства охорони здоров'я Данії 4% громадян похилого віку проживали у відповідних пансіонатах [42]. У соціальних установах створені відділення для всіх видів потреб літніх людей: загальної медичної допомоги, ортопедії, для тих, хто страждає на деменцію тощо. Даний підхід розроблено для покращення якості життя літнього населення.

Фінляндія має особливу рису – гнучку систему виходу на пенсію. Пенсійний вік у країні становить 65 років. При цьому працюючі громадяни можуть вийти на пенсію раніше – з 63 років. Коефіцієнт нарахування пенсійних виплат здійснюється наступним чином: чим більший робочий стаж працівника, тим вища ставка з нарахування пенсійних виплат. Дане ранжування фінансово стимулює громадян виходити на пенсію у більш пізньому віці. Коефіцієнт нарахування становить 1,5% у віці від 18 до 53 років, 1,9% - від 53 до 62 років та 4,5% - від 63 до 68 років [41].

У Фінляндії відповідальність за надання геріатричних послуг несуть муніципалітети, які здійснюють догляд і, навіть, надають медичну допомогу літнім людям. Надання геріатричних послуг може забезпечуватись на основі співробітництва муніципалітетів із приватним сектором. Як і в Данії, уряд Фінляндії, надає можливість довгострокового догляду за літніми людьми в домашніх умовах, у будинках для людей похилого віку та в медичних центрах. Основним напрямом залишається безкоштовний догляд за літніми людьми в домашніх умовах з можливістю вибору постачальника послуг, яка створює конкуренцію на ринку геріатричних послуг. Люди похилого віку можуть отримувати матеріальну допомогу для ремонту житла, щоб продовжувати самостійне проживання. Послуги для людей похилого віку в основному фінансуються за рахунок державного бюджету.

Тільки 10% витрат покриваються за рахунок клієнтських зборів, а 90% – забезпечуються муніципальними податковими надходженнями та державними субсидіями муніципалітетам [31].

Як і в багатьох країнах ЄС, у Фінляндії присутня тенденція до скорочення медичних установ для людей похилого віку при розвитку ринку геріатричних послуг на дому. При цьому, у порівнянні з іншими Скандинавськими країнами, навантаження на медсестер, які доглядають літніх людей, набагато вище. За даними дослідження [40], навантаження на одну медсестру у 2019 р. складало 12 чол., у той час як у Данії ця цифра становила лише 7,6 чол. Сильні та слабкі сторони ринку геріатричних послуг у Скандинавських країнах представлені у табл. 1.2.

Швейцарія є країною-лідером у галузі пенсійних виплат з найвищими стандартами щодо надання медичних послуг. Держава проводить жорстку політику регулювання видачі соціальної допомоги. Однією з цікавих особливостей є те, що виплати пенсій на 5% фінансуються з податків на тютюнові вироби.

Причинами довголіття іспанців можуть бути: 1) надання медичних послуг населенню на безоплатній основі; 2) призначення високих пільг на

медикаменти, які варіюються від 60-90% від їх вартості; 3) пільгове чи безплатне користування громадським транспортом; 4) ефективна організація системи догляду за літніми громадянами. В країні існує висока культура сприйняття похилого віку у громадян і настання пенсійного віку означає лише початок нового життєвого етапу, а не його кінець.

Таблиця 1.2

Сильні та слабкі сторони ринку геріатричних послуг у Скандинавських країнах

Сильні сторони	Слабкі сторони
Розвинута система державного соціального забезпечення	Відсутність додаткових стимулів працювати після пенсійного віку
Велика кількість організацій, що надають послуги догляду за літніми людьми	Негативне сприйняття геріатричних центрів
Високі стандарти якості	

Примітка. Наведено за [46]

Особливістю США у наданні геріатричних послуг є те, що всі послуги надаються, здебільшого, на платній основі. У цій країні найвищі витрати на медичне обслуговування у світі, які у 2020 р. становили 17,1% від її ВВП [41]. Розвиток геріатричних послуг у США бере свій початок у 1960-х після створення ANA (Асоціації американських медсестер). В США існує розвинена система асоціацій та організацій з підтримки літніх людей, зокрема: Асоціація хвороби Альцгеймера, Американська асоціація з догляду вдома, Американська асоціація осіб старшого покоління, Американське геріатричне співтовариство, Американське співтовариство з проблем старіння, Національна асоціація з харчування та харчування.

У США добре розвинена система догляду за літніми людьми. Але надання геріатричних послуг відбувається на платній основі, що сильно впливає на їх послуг для населення. При цьому страхівка може покривати не всі захворювання. В країні функціонує велика кількість комерційних геріатричних пансіонатів, які надають різні види геріатричних послуг. Можна

виділити шість підходів щодо надання геріатричних послуг громадянам США:

- 1) забезпечення постійного стаціонарного догляду за тяжкохворими літніми людьми;
- 2) функціонування центрів денного догляду хворих;
- 3) існування комун, що об'єднують цілком здорових громадян, які вирішили приєднатися до своїх ровесників;
- 4) існування центрів тимчасового проживання, де забезпечується тимчасовий догляд за людьми похилого віку, поки опікун не має можливості доглядати за своїм літнім родичем (перебуває у відпустці, хворіє тощо);
- 5) функціонування багатофункціональних геріатричних центрів, що організують догляд за: хворими, які можуть обслуговувати себе самі, тяжкохворими, які не мають такої можливості, а також за здоровими, які бажають відокремитися від своєї сім'ї та приєднатися до групи людей свого віку;
- 6) існування спеціально навчених медсестер, які можуть здійснювати догляд за люди похилого віку, у тому числі й такими, що мають різний ступінь інвалідності, та відмовляються залишати свій будинок, кілька разів на тиждень, бути присутніми в денний час або цілодобово.

Узагальнення сильних і слабких сторін геріатричних послуг США наведено у табл. 1.3.

Таблиця 1.3

Сильні на слабкі сторони ринку геріатричних послуг США

Сильні сторони	Слабкі сторони
Висока конкуренція на ринку	Платна основа медичної системи
Високий рівень заробітної плати	Висока вартість послуг
Різноманітність геріатричних послуг	Низька якість послуг деяких операторів
Позитивне ставлення до старості	Віддаленість комун від міст
Велика кількість освітніх програм в геріатрії	

Примітка. Наведено за [46]

Аналіз зарубіжного досвіду організації надання геріатричної послуг показав, що найбільш перспективним варіантом розвитку ринку геріатричних послуг в Україні є часткове використання моделі США, в якій переважна більшість геріатричних послуг надається приватними закладами. За умови налагодження тісної співпраці держави та приватного сектору, прийняття

законів, які регулюють діяльність в сфері надання геріатричних послуг, та суворого нагляду можливе зростання рівня якості таких послуг, зникнення «піратських» центрів (нелегальні будинки для людей похилого віку), зростання довіри населення до геріатричних послуг, налагодження діалогу з населенням для виявлення потенційних потреб. Також Україна може використати успішний досвід скандинавських країн, де соціальна підтримка населення є одним із пріоритетних завдань. Ефективна система догляду за людьми похилого віку повинна мати загальну стратегію та добре налагоджену взаємодію між її учасниками на всіх рівнях [18].

Вивчення досвіду зарубіжних країн дозволило виявити сильні сторони державної політики соціального захисту людей похилого віку різних країн, які дозволяють забезпечувати високий рівень якості геріатричних послуг. Цей досвід є індивідуальним і важко піддається узагальненню через специфічні соціальні, культурні, економічні, політичні та інші особливості кожної з розглянутих країн. Проте, можна сформулювати перспективні напрямки державної політики в сфері надання геріатричних послуг: 1) впровадження та розвиток нових технологій у сфері геронтології, які дозволять покращити якість геронтологічних послуг (в цьому контексті актуальний досвід Швейцарії); 2) налагодження активної взаємодії державних структур та приватного бізнесу (в цьому контексті актуальний досвід скандинавських країн); 3) створення нормативно-правової бази залучення інвестицій у сферу геронтології (в цьому контексті актуальний досвід скандинавських країн); 4) створення конкурентного ринку геріатричних послуг, розробка привабливих інвестиційних проектів (в цьому контексті актуальний досвід США); 5) створення національних багатопрофільних стаціонарів (в цьому контексті актуальний досвід скандинавських країн); 6) розвиток системи додаткового добровільного соціального страхування (в цьому контексті актуальний досвід скандинавських країн); 7) забезпечення налагодженої системи догляду вдома, що дозволяє знизити потребу у медичних установах (в цьому контексті актуальний досвід скандинавських країн); 8) розвиток ринку медичних товарів

та послуг, забезпечення доступності лікарських засобів (в цьому контексті актуальний досвід ЄС та США); 9) забезпечення високого рівня розвитку медицини, який передбачає регулярні профілактичні медичні спостереження, що дозволяють виявити схильність до захворювань (в цьому контексті актуальний досвід скандинавських країн); 10) підвищення рівня культури старості (в цьому контексті актуальний досвід ЄС та США); 11) створення можливості отримання літніми людьми додаткової освіти, яка призведе до підвищення якості їхнього життя [43].

Отже, сьогодні в Україні існує безліч проблем у сфері надання геріатричної допомоги. Вітчизняний ринок геріатричних послуг перебуває на ранній стадії розвитку. Діалог між державою та приватним сектором лише починає вибудовуватися. Сприйняття літньої людини здебільшого носить негативний характер, що дуже гальмує процес створення нових геріатричних центрів. На даному етапі зміна менталітету населення щодо сприйняття літньої людини є одним із пріоритетних завдань держави, вирішення якого спростить інтеграцію досвіду зарубіжних країн у вітчизняну практику. Розвиток приватного сектору можливий з використанням інструментів державної підтримки, оскільки, незважаючи на сильний брак геріатричних центрів, цей вид діяльності є високоризиковим. Наявна ситуація зумовлює необхідність розробки, на основі використання передового зарубіжного досвіду, довгострокової державної стратегії, спрямованої на підтримку створення та функціонування геріатричних центрів.

Висновки до розділу 1

В результаті проведеного дослідження виявлено, що геріатрична допомога є найважливішою складовою комплексної соціально-медичної допомоги громадянам похилого віку. Основним компонентом геріатричної допомоги є медична допомога, яка суттєво відрізняється від медичної допомоги іншим категоріям пацієнтів за підходом у кількісному та якісному вираженні.

Теоретичний аналіз специфіки та особливостей надання геріатричної допомоги встановив необхідність визнання геріатричної допомоги пріоритетною складовою медичної допомоги громадянам похилого віку, яка бути доступною кожній потребуючій людині. При цьому встановлено, що одержання пацієнтами геріатричної допомоги не передбачає його відмови від отримання інших видів медичної допомоги.

Геріатрична допомога, з урахуванням її специфічних особливостей (довгочасність, наступність, нерозривність окремих складових), міждисциплінарного характеру (медико-соціально-психологічна), соціальної пріоритетності, має бути виділена в окремий міжвідомчий напрям, що передбачає безпосереднє вирішення організаційних, фінансових та науково-методичних проблем.

Вивчення досвіду зарубіжних країн дозволило виявити сильні сторони державної політики соціального захисту людей похилого віку різних країн, які дозволяють забезпечувати високий рівень якості геріатричних послуг. Цей досвід є індивідуальним і важко піддається узагальненню через специфічні соціальні, культурні, економічні, політичні та інші особливості кожної з розглянутих країн. Проте, можна сформулювати перспективні напрямки державної політики в сфері надання геріатричних послуг: впровадження та розвиток нових технологій у сфері геронтології, які дозволять покращити якість геронтологічних послуг; налагодження активної взаємодії державних структур та приватного бізнесу; створення нормативно-правової бази залучення інвестицій у сферу геронтології; створення конкурентного ринку геріатричних послуг, розробка привабливих інвестиційних проєктів; створення національних багатoproфільних стаціонарів; розвиток системи додаткового добровільного соціального страхування; забезпечення налагодженої системи догляду вдома, що дозволяє знизити потребу у медичних установах; розвиток ринку медичних товарів та послуг, забезпечення доступності лікарських засобів; забезпечення високого рівня розвитку медицини, який передбачає регулярні профілактичні медичні

спостереження, що дозволяють виявити схильність до захворювань; підвищення рівня культури старості; створення можливості отримання літніми людьми додаткової освіти, яка призведе до підвищення якості їхнього життя.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СИСТЕМИ НАДАННЯ ГЕРІАТРИЧНИХ ПОСЛУГ ЛУЦЬКИМ ГЕРІАТРИЧНИМ ПАНСІОНАТОМ

2.1. Оцінка організаційного забезпечення процесу надання геріатричних послуг досліджуваним закладом охорони здоров'я

Луцький геріатричний пансіонат є «стаціонарним інтернатним закладом соціального захисту, що утворюється для цілодобового проживання (перебування) та догляду за громадянами похилого віку та особами, які за станом здоров'я потребують стороннього догляду, соціально-побутового, медичного обслуговування, соціальних послуг і комплексу реабілітаційних заходів» [15].

У своїй роботі пансіонат керується Положенням про пансіонат (Додаток А), правилами внутрішнього трудового розпорядку (Додаток Б), посадовими інструкціями, законодавством України щодо забезпечення правових та майнових прав громадян, які перебувають на повному державному забезпеченні в стаціонарних установах.

Пансіонат функціонує у пристосованих будівлях (1982 року забудови) і розрахований на 200 планових ліжко-місць, станом на 01.01.2022 року всього проживає 145 осіб, з них на повному державному утриманні – 127 осіб та 14 осіб на платній основі та 4 чол. – диференційоване утримання. З числа 145 мешканців, 73 – жінок, 72 – чоловіки. З них 62 особи – ліжкохворі, 18 осіб – на інвалідному візку, 65 осіб – пересуваються самостійно. Осіб з інвалідністю 76 чол: I гр. – 40, II гр. – 34, III гр. – 2.

Підопічні проживають в одно-, дво- та тримісних кімнатах з урахуванням стану їхнього здоров'я. В кімнатах – домашній затишок: фотографії рідних, годинники, картини. На поверхах житлового корпусу – ванни, душові, санітарні кімнати. Холи та місця відпочинку обладнані телевізорами, холодильниками, м'якими меблями, килимовими виробами. Облаштовано кімнату для відвідувачів.

Обслуговування підопічних забезпечують 113,5 працівників пансіонат згідно штатного розпису (фактично 112,25 працівників), в тому числі: 2 лікаря, 11 медичних сестер, 1 дієтсестра, 56,5 молодших медичних сестер, 7 працівників харчоблоку, 1 інструктор з трудової адаптації, 1 організатор КДД, 1 соцпрацівник, 10 спеціалістів та інші.

На території Луцького геріатричного пансіонату розташовано 10 будівель: 1) житловий корпус, який призначений для проживання та обслуговування підопічних, займає III- поверхи, на яких розміщені відділення терапії № 1, 2, медичний блок, харчоблок та кабінети працівників обслуговуючого персоналу (загальна площа – 6775,4 кв. м.); 2) адмінкорпус, який знаходиться в 2-х поверховому будинку, призначений для адміністративно-управлінського персоналу (загальна площа – 301,0 кв. м.); 3) будівля прохідної, яка призначена для охорони об'єктів пансіонату (загальна площа – 55,4 кв. м.); 4) склад, який призначений для зберігання інвентарю (загальна площа – 105,4 кв. м.); 5) овочесховище, яке призначене для зберігання с/г культур (загальна площа – 170,3 кв. м.); 6) теплиця, яка призначена для вирощування ранніх с/г культур, але знаходиться в незадовільному стані, є аварійною (загальна площа – 368,1 кв. м.); 7) котельня (в оренді), яка призначена для опалення і нагрівання води (загальна площа – 309,9 кв. м.); пральня, яка призначена для прання білизни мешканців пансіонату (загальна площа – 173,5 кв. м.); 9) гараж, який призначений для зберігання та ремонту автомобілів (загальна площа – 158,4 кв. м.); 10) приміщення свинарника для відгодівлі свинопоголів'я (загальна площа – 61,3 кв. м.). Всі приміщення, окрім теплиці, знаходяться в задовільному стані. Також у Луцькому геріатричному пансіонаті працюють котельня, пральня, харчоблок і медпункт. В пансіонаті є 3 легкових автомобілі та 1 санітарна машина.

Вартість утримання 1 підопічного в місяць становить 10700 грн., в день 522 грн. При цьому вартість харчування 1 підопічного в день – 86,69 грн., а вартість медичного обслуговування 1 підопічного в день – 7,88 грн. Підопічні

забезпечені 4-разовим харчуванням, в т.ч. і дієтичним, з урахуванням їх віку і стану здоров'я. Станом на 01.01.2022 р. за столом № 1 харчується 6 чол., за столом № 4 – 1 чол., за столом № 5 – 10 чол., за столом № 7 – 1 чол., за столом № 9 – 15 чол., за столом № 10 – 11 чол., а за столом № 15 - 82 чол. Харчування в закладі повноцінне та різноманітне. У щоденному раціоні підопічних є овочі, фрукти, тваринне масло, кисломолочні продукти, м'ясо та м'ясні продукти, риба, ковбасні вироби, сир твердий тощо.

Протягом 2021 року проведено 49089 ліжко-днів. Натуральні норми харчування підопічних виконано за 2021 рік на 98%. Натуральні норми харчування виконуються згідно Постанови КМУ № 324 від 13.03.2002 р. На харчовому складі знаходиться достатня кількість продуктів харчування, що відповідає перспективному меню-вимозі, яке розробляється щотижня в понеділок.

Обладнання харчоблоку в робочому стані. Створені умови для дотримання технології приготування блюд, для зберігання продуктів, що швидко псуються. Пансіонат забезпечено столовим посудом, кухонним посудом, інвентарем, миючими та дезінфікуючими засобами. Весь господарчий та кухонний інвентар відповідно промаркований та зберігається у відведених місцях.

Луцький геріатричний пансіонат фінансується з обласного бюджету. На 2021 рік по загальному фонду затверджено кошторисних видатків на суму 20107,4 тис. грн., а по спецфонду – 6242,0 тис. грн. Протягом 2021 року отримано фінансування та використано 20068,9 тис. грн. З Пенсійного фонду надійшло 26966,5 тис. грн. (75% пенсій), при цьому використано – 2764,9 тис. грн. Впродовж 2021 року у формі оплати проживання мешканців поступило 1666,9 тис. грн., з них витрачено – 1325,6 тис. грн. Вартість проживання одного мешканця на платній основі становить 9500 грн., та 10700 грн. (з підгузниками). У 2021 році поступила благодійна допомога на суму 121,0 тис. грн.

Середньомісячна заробітна плата працівників у 2021 року становила 68728 грн. Заборгованість по заробітній платі відсутня.

У 2021 році для мешканців придбано м'який інвентар на 318,6 тис. грн., твердий – на 281,0 тис. грн.

Впродовж 2021 р. на оплату житлово-комунальних послуг витрачено: теплопостачання – 1036 Гкал на суму 144024,0 грн. (ціна 1 Гкал – 1577,47 грн.); електроенергію – 194178 кВт на суму 778961,44 грн. (ціна за 1кВт – 6,36 грн.); водопостачання – 14895 м3 на суму 159270,0 грн. (ціна 1 м3 – 10,72 грн.); каналізація – 922019 м3 на суму 302010 грн. (ціна 1 м3 – 13,78 грн.).

У формі підсобного господарства Луцький геріатричний пансіонат володіє 3,62 га. землі, з яких 0,9 га – орані землі. На утриманні пансіонату перебуває 10 од. свинопоголів'я. Підсобне господарство оснащено: трактором, причепом, культиватором, плугом та боронами.

На підсобному господарстві працює 2 штатних працівники. Також залучено до трудотерапії – 32 мешканців. З них 13 мешканців займаються по господарству, 8 працюють у харчоблоці, а 11 – в трудовій майстерні.

Медико-реабілітаційне обслуговування підопічних проводиться згідно затвердженого плану (наказ від 08.01.2021 р. № 7 «План медичного обслуговування мешканців Луцького геріатричного пансіонату»). В пансіонаті проводиться індивідуальна реабілітація підопічних. Згідно методичних рекомендацій складені графіки та проводиться оцінювання психоемоційного стану, індивідуальних потреб та навичок підопічних. Відповідно індивідуальних програм реабілітації впродовж 2021 року отримувались індивідуальні засоби реабілітації.

Луцький геріатричний пансіонат працює відповідно до Державного стандарту стаціонарного догляду за особами, які втратили здатність до самообслуговування чи не набули такої здатності. В пансіонаті створено мультидисциплінарну команду (наказ № 38 від 13.05.2019 р. , до якої входить: керівник команди – соціальний працівник, члени команди: ст. інспектор з

кадрів, лікар-геріатр, сестра медична, сестра господиня, молодша сестра палатна).

Визначення індивідуальних потреб проводиться за шкалою оцінки навичок проживання за основними категоріями. У 2021 році проведено внутрішнє оцінювання за шкалою оцінки можливостей виконання елементарних та складних дій 90 чол.

У 2021 р. соціальним працівником проведено бесіди з новоприбулими мешканцями про внутрішній порядок дня в установі з 9 чол. Консультації різного роз'яснювального характеру проводилися з 10 підопічними. Організовано та забезпечено супровід до банківських установ для поновлення карток виплати пенсії 4 чоловік.

В Луцькому геріатричному пансіонаті ведеться системна робота щодо створення сприятливих умов відпочинку та дозвілля. Робота спрямована на згуртування людей похилого віку та людей з інвалідністю, взаєморозуміння, розширення та передачу знань та навичок, вирішення складних життєвих ситуацій. В актовому залі мешканці мають змогу відвідувати різноманітні концерти, виступи творчих колективів області, а також самі брати участь у художній самодіяльності. До послуг мешканців – бібліотека з книжковим фондом у 3554 примірники. Мешканці пансіонату мають доступ до різноманітної інформації (через пресу в бібліотеці, телебачення, інтернет). В установі працює 4 гуртки за напрямком: пісенний (займається 12 чол.); художньої самодіяльності (27 чол.); клуб любителів поезії (8 чол.); спортивний (8 чол.).

Отже, аналіз організаційного забезпечення процесу надання геріатричних послуг Луцьким геріатричним пансіонатом показав, що досліджуваний заклад охорони здоров'я надає послуги 145 особам, з яких на повному державному утриманні перебуває 127 осіб та на диференційованому утриманні – 4 осіб. З числа 145 мешканців, 73 – жінок, 72 – чоловіки. З них 62 особи – ліжкохворі, 18 осіб – на інвалідному візку, 65 осіб – пересуваються самостійно. Осіб з інвалідністю 76 чол: I гр. – 40, II гр. – 34, III гр. – 2. Луцький

геріатричний пансіонат має досить велику матеріально-технічну базу, яка складається з: житлового корпусу, адміністративного корпусу, прохідної, складу, овочесховища, теплиці, котельні, пральні, гаража та свинарника. Всі об'єкти матеріально-технічної бази, окрім теплиці, знаходяться в задовільному стані. Теплиця потребує капітального ремонту.

2.2. Аналіз передумов надання геріатричних послуг досліджуванним закладом охорони здоров'я

Для визначення переліку геріатричних послуг, яких потребує пацієнт, проводиться комплексна геріатрична оцінка – метод обстеження, що включає визначення фізичного, функціонального, психоемоційного та соціального статусу літньої людини з подальшою розробкою плану заходів для підвищення якості його життя (рис. 2.1).

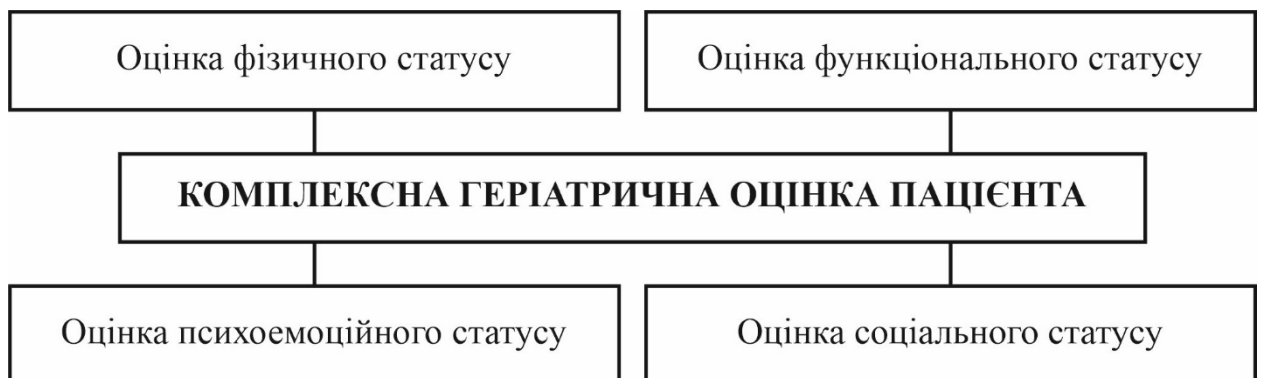


Рис. 2.1. Компоненти комплексної геріатричної оцінки пацієнта

Примітка. Наведено за [11]

Аналіз стану здоров'я людини похилого віку заснований на знанні вікових змін органів і систем, які в тій чи іншій мірі характеризуються розвитком дистрофічних, склеротичних процесів та зниженням резервних можливостей організму. Виражені інволютивні зміни можуть значно знижувати якість життя. Разом з тим розуміння патогенезу особливостей функціонування організму літнього пацієнта дозволяє дати правильну оцінку результатам його обстеження та розробити цілеспрямовану стратегію геріатричної допомоги. Так, для дихальної системи з віком характерний

розвиток деформації грудної клітки через дегенеративні зміни тіл хребців та міжхребцевих дисків, а також зниження еластичності паренхіми легень, що може призводити до формування «старечої емфіземи» та зменшення дихальної поверхні на 40-45%, сприяючи виникненню задишки навіть при невеликому фізичному навантаженні. Атрофічні зміни у слизовій трахеї та бронхів поряд з інволютивними процесами в лімфоїдній тканині значно підвищують ризик запальних хвороб органів дихання та сприяють їхньому торпідному перебігу. Кількість і чутливість β_2 -адренорецепторів у бронхах з віком зменшується, в той час як щільність холінергічних рецепторів не змінюється, і бронхообструктивний синдром може бути наслідком не тільки хронічної обструктивної хвороби легень, але й серцево-судинної патології, злякисного захворювання, побічного ефекту чинників довкілля тощо. Фіброзування капілярів зі збільшенням ламкості провокує кровохаркання при напруженні та надсадному кашлі.

Морфофункціональний стан серцево-судинної системи також характеризується склеротичними змінами зі збільшенням кількості колагенових волокон, зменшенням кількості еластичних волокон та атрофією м'язових. Внаслідок цих процесів судинна стінка стає ригідною, зростає швидкість кровотоку та поширення пульсової хвилі, периферичний опір, що обумовлює старечу систолічну артеріальну гіпертензію. Дегенеративно-склеротичні зміни у міокарді призводять до зменшення ударного викиду, порушення діастолічного розслаблення, сприяючи розвитку серцевої недостатності. В ендокарді можливе формування кальцинозу клапанів, що найчастіше проявляється аортальним стенозом чи пролапсом мітрального клапана. Через фіброзну дегенерацію у провідній системі серця зменшується кількість клітин, що генерують та ведуть імпульси (до 80-ти років у синоатріальному вузлі залишається 10 % клітин-пейсмейкерів від їх числа у молодому віці), що обумовлює дисфункцію синусового вузла, схильність до брадикардії, фібриляції передсердь, шлуночкової екстрасистолії, різних форм блокад. При розвитку синдрому слабкості синусового вузла спостерігаються

епізоди тахі- та брадикардії, які викликають раптове запаморочення, синкопальний стан та втрату свідомості.

Слід враховувати, що серце літніх людей відрізняється більш високою чутливістю до психоемоційних стресів, а також вплив таких факторів, як алкоголь, куріння, інфекції, інтоксикації, лікарські препарати і т.д. Для людей похилого віку характерна нестабільність артеріального тиску (АТ) із коливаннями від високих до низьких цифр аж до ортостатичного колапсу, що пов'язано з ослабленням механізмів нейрогуморальної регуляції. У зв'язку з цим застосування гіпотензивних препаратів, нейролептиків, бензодіазепінових транквілізаторів, протипаркінсонічних засобів може супроводжуватись розвитком ортостатичної гіпотензії. Важливе клінічне значення має виявлення зниженого артеріального тиску. Так, зниження АТ збільшує ризик хвороби Альцгеймера, зниження діастолічного АТ до 60 мм рт. ст. і нижче посилює ішемію міокарда та зменшує прогнозовану тривалість життя. Доведено, що «ідеально» підібрана для геріатричного пацієнта гіпотензивна терапія у госпітальних умовах після виписки зі стаціонару може спричинити виражену гіпотензію аж до серцево-судинної катастрофи, що зумовлено розширенням фізичної активності.

Інволютивні зміни в органах травлення характеризуються атрофічними змінами всього шлунково-кишкового тракту. Зменшення ниткоподібних сосочків язика порушує сприйняття смаку та знижує апетит, зниження секреторної активності слинних залоз поряд із втратою зубів викликає утруднення механічної обробки їжі та порушення травлення в порожнині рота. Спостерігається також зниження секреторної функції шлунку, підшлункової залози (маса панкреатичної тканини з віком зменшується у 1,5-2 рази), порушення пристінкового травлення та процесів всмоктування. Всі перелічені зміни сприяють схудненню літніх людей. Несприятливим є зниження маси тіла на 6,5% за 6 місяців або 5% за 1 місяць. Індекс маси тіла менше 20 кг/м² підвищує ризик остеопорозу, тоді значення цього показника 30 кг/м² асоціюється з найменшою летальністю.

З віком зменшується вага печінки, що найбільше виражено в осіб старше 80 років. Обмеження функціональної здатності печінки (синтетичної, детоксикаційної) проявляється при психоемоційному навантаженні, порушенні режиму харчування, похибках у дієті, впливі несприятливих екологічних чинників, отруєнні, використанні ряду лікарських засобів.

Для сечовидільної системи характерно склерозування ниркової тканини, що призводить до втрати 1/3-1/2 частини нефронів із віком, що спричиняє обмеження резервних можливостей нирок при стресах. Наприклад, явища ниркової недостатності можуть спостерігатися при односторонньому пієлонефриті. Пієлонефрит є основною нефрологічною проблемою у геріатрії, чому сприяють вікові порушення уродінаміки та кровопостачання нирок, а також зниження імунітету. Поширеність пієлонефриту у людей похилого віку зростає в 4-5 разів. Разом з тим, клінічні симптоми захворювання часто мають розмитий характер, відсутні такі локальні прояви, як дизурія, болючість у ділянці нирок, і переважає інтоксикаційний синдром – слабкість, адинамія, відсутність апетиту, порушення сну, сплутаність свідомості тощо.

Більшість випадків бактеріального шоку при гострій атаці пієлонефриту спостерігається в осіб похилого віку. Склеротичне ущільнення стінки сечового міхура знижує його ємність, що викликає зростання кількості позивів до сечовипускання. Послаблення функції сфінктера призводить до нетримання сечі, і, опосередковано, може стати причиною падіння літньої людини при поспішному вставанні, особливо вночі.

Пацієнти, які страждають на нетримання сечі, нерідко намагаються обмежити споживання рідини, що призводить до дегідратації, яка посилює ортостатичну гіпотензію. Ризик дегідратації з віком збільшується також через зниження відчуття спраги та апетиту, зменшення активності антидіуретичного гормону та чутливості до нього нирок. Виражена дегідратація підвищує ризик падіння та летальності літніх пацієнтів. Діагностика даного порушення на початкових стадіях заснована на виявленні сухості язика, зниженні тургору шкіри, ортостатичного зниження артеріального тиску та зменшенні маси тіла.

Однією з основних змін в органах ендокринної системи є зниження інкреторної функції підшлункової залози, у зв'язку з цим вік вважається діабет-провокуючим фактором (другим за значимістю після ожиріння). Частота народження цукрового діабету в осіб старше 60 років становить 10%, після 80 – 20%, тоді як у популяції – до 5%.

Водночас літній вік характеризується порушенням механізмів адаптації до гіпоглікемії. З цієї причини зниження рівня цукру в крові, що є стресом для організму, супроводжується викидом катехоламінів, підвищує ризик розвитку серцево-судинних захворювань – порушення серцевого ритму, виникнення інфаркту міокарда, інсульту, крововиливу в сітківку ока того, аж до фатальних. Виявлення гіпоглікемії є важливим завданням при проведенні діагностики пацієнтів похилого віку. В процесі проведення такої діагностики слід враховувати характерну розмитість адренергічних ознак, таких як збудження, пітливість, почуття голоду тощо, і виникнення таких нейроглікопенічних симптомів, як: астенія, головний біль, дезорієнтація, поведінкові порушення. Зниження рівня цукру крові у людей похилого віку, які не страждають на діабет, зазвичай пов'язане з порушеннями режиму харчування.

З віком збільшується поширеність гіпотиреозу, який зустрічається у 10-15% жінок старше 60 років. При цьому клінічна картина захворювання багато в чому подібна до вікових змін – зниження пам'яті, повільність, сухість шкіри тощо. Це захворювання діагностується за рівнем тиреотропного гормону, визначення якого передбачено в процесі проведення комплексної геріатричної оцінки пацієнтів. Серед ендокринної патології третім за поширеністю після захворювань щитовидної залози та діабету є аденома паращитовидної залози – первинний гіперпаратиреоз (1-2 випадки на 1000 населення). Пік захворюваності посідає 60-річний вік. Клінічні прояви обумовлені порушенням кальцій-фосфорного обміну – остеопороз, сечокам'яна хвороба та інші.

Однією з основних лабораторних ознак захворювання є підвищений рівень кальцію крові, визначення якого включено до методики комплексної

геріатричної оцінки пацієнтів. В органах кровотворення з віком розростається сполучна тканина, в результаті чого об'єм кровотворної тканини в осіб віком від 70 до 75 років може становити близько 30% її об'єму у молодих. Клінічно ці зміни проявляються у стресових ситуаціях – при інтоксикації, інфекції, психоемоційному та фізичному навантаженні тощо. У зв'язку з обмеженням функціональних можливостей системи крові в літньому віці лейкоцитоз зі зсувом вліво спостерігається рідко, запальні процеси протікають швидше. Відновлення клітинного складу після крововтрати відбувається у 2 рази повільніше. Хронічні крововтрати із шлунково-кишкового тракту є найчастішою причиною залізодефіцитної анемії у людей похилого віку. Атрофічні процеси у слизовій оболонці шлунка супроводжуються розвитком В12-дефіцитної анемії. Тканинній гіпоксії сприяє також поява вікової «жорсткості» еритроцитів, що ускладнює мікроциркуляцію та тканинний обмін. Ослаблена реакція лімфоцитів на мутагени провокує онкопатологію.

З віком відбуваються значні зміни у білковому спектрі плазми крові – спостерігається зсув у бік великодисперсних білків, із чим пов'язане збільшення до 40% швидкості осідання еритроцитів після 60 років.

Вікові зміни в опорно-руховій системі характеризуються інволютивно-атрофічними процесами у м'язах, суглобовому апараті, хрящовій та кістковій тканині. Дегенеративні зміни в скелетній мускулатурі, або синдром саркопозії, призводить до поступової втрати м'язової маси, зменшення якої після 50 років становить 10% кожне десятиліття, при цьому до більш вираженій атрофії схильні м'язи, що випрямляють тулуб. Саркопенія супроводжується зниженням сили м'язів та швидкості ходьби, викликає страх падіння. Дегенеративно-дистрофічні зміни в сполучнотканинних структурах суглоба провокують розриви сухожилля і зв'язок (найчастішими є розриви сухожилля м'язів плеча, довгого розділу біцепса, заднього великогомілкового сухожилля, надколінної зв'язки і п'яткового сухожилля). Дегенеративні зміни хряща супроводжуються звапнінням і навіть окостенінням з розвитком остеоартрозу, що найчастіше вражає міжфалангові, колінні, тазостегнові,

плечові суглоби та суглоби хребта. Основною інволютивно-атрофічною зміною в кістковій тканині є остеопороз.

Після 60 років однією з основних причин розвитку остеопорозу є негативний кальцієвий баланс, обумовлений зменшенням вживання молочних продуктів і порушенням внаслідок зниження процесу утворення соляної кислоти, атеросклерозу судин кишечника, а також дефіциту вітаміну Д, який утворюється в шкірі під дією сонячних променів.

Нестача кальцію стимулює вироблення паратгормону, під дією якого кальцій вивільняється в кров із кісткової тканини, що супроводжується остеодеструкцією. Клінічними симптомами остеопорозу є зниження зростання на 4 см і більше в порівнянні з віком у 25 років або на 2 см за 1-3 роки, відстані між потилицею та стіною 5 см і більше, а між нижніми ребрами та клубовою кісткою менше 2 см, випинання живота. Інструментальними методами діагностики остеопорозу є денситометрія, рентгенографія кісток скелета, що виявляє остеопоретичні переломи. Для проведення денситометрії «золотим стандартом» є двоенергетична рентгенівська абсорбціометрія.

Якщо під час оцінки скарг, анамнезу, фізикального обстеження та рентгенографії хребта низькотравматичні переломи не виявлено, рішення про необхідність призначення терапії остеопорозу приймається на підставі 10-річної ймовірності розвитку низькотравматичного перелому, для визначення якої застосовується шкала FRAX (Fracture Risk Asses). Оцінку FRAX особливо рекомендується проводити людям, у яких проведення денситометрії неможливе (наприклад, через недоступність обладнання) і у випадках, коли при денситометрії було виявлено остеопенію. Слід наголосити, що наявність низькотравматичних переломів в анамнезі, особливо множинних, є показанням до терапії незалежно від показників денситометрії та FRAX.

Стан зору пацієнта оцінюється за здатністю читати текст, назви ліків, впізнавати людей. Про збереження слуху судять з того, перепитує обстежуваний чи ні. При цьому важливо пам'ятати, що люди похилого віку кращечують низькі частоти.

При проведенні комплексної геріатричної оцінки людей похилого віку аналізується також лікарська терапія, що проводиться. Важливо відзначити, що поліфармація у літніх людей пов'язана з більш високим ризиком розвитку побічних ефектів препаратів у зв'язку зі збільшенням чутливості організму до лікарських засобів, тому їх кількість має бути максимально обмеженою.

Перевага надається препаратам, спрямованим на лікування найбільш значущих захворювань – ішемічної хвороби серця, гіпертонічної хвороби, фібриляції передсердь, серцевої недостатності, цукрового діабету. Крім того, особам похилого віку не рекомендується призначення дженериків¹, оскільки їхнє застосування характеризується більшою частотою побічних ефектів у порівнянні з оригінальними препаратами. Особливої уваги потребують лікарські засоби, застосування яких передбачає контроль дози (гіпотензивні, цукрознижувальні), а також препарати, якими нерідко зловживають люди похилого віку (седативні, корвалол та інші).

У процесі комплексної геріатричної оцінки людей похилого віку з'ясовуються також шкідливі звички, тим більше, що чутливість до їх несприятливих ефектів з віком підвищується, чинники шкідливого впливу навколишнього середовища, а також умов праці в анамнезі.

В процесі комплексної геріатричної оцінки людей похилого віку визначається можливість самообслуговування та ступінь незалежності людини від допомоги оточуючих за її здатністю виконувати основні функції, активність у повсякденному житті та інструментальну активність. Повсякденну активність літніх людей визначають на основі їх здатності самостійно приймати їжу, одягатися, відвідувати туалет, купатися, переміщатися кімнатою тощо.

Для оцінки можливості виконання основних функцій пацієнта просять:

- 1) завести руки за голову, за спину на рівні талії (оцінюється здатність

¹ Дженерик (відтворений лікарський препарат, генерик, женерик, генеричний препарат) – це непатентований лікарський препарат, що є відтворенням оригінального препарату, на який закінчився термін патентного захисту. Може відрізнятися від оригінального препарату за складом допоміжних речовин, і не тільки.

розчісуватися, одягатися, виконувати гігієнічні процедури); 2) сидячи торкнутися рукою великого пальця на протилежній нозі (оцінюється здатність одягати взуття, стригти нігті на ногах); 3) стиснути пальці лікаря обома руками (оцінюється здатність відчиняти двері, банки); 4) утримувати аркуш паперу між великим та вказівним пальцями (оцінюється здатність вибору та утримання предметів); 5) піднятися зі стільця без допомоги рук (оцінюється здатність вільного пересування). Якщо пацієнт може виконувати завдання, присвоюється 2 бали, якщо не може – 0 балів і 1 бал, якщо виконання завдання супроводжується труднощами.

Для тестування активності у повсякденному житті використовується індекс Бартел. Ця шкала визначає можливість пацієнтів самостійно приймати їжу, вмиватися, одягатися, контролювати тазові функції, приймати ванну, відвідувати туалет, вставати з ліжка, пересуватися, підніматися сходами. Виконання кожної функції оцінюється в балах, найбільша кількість (до 20 балів) дається за її самостійного здійснення, 0 балів – у разі повної залежності від оточуючих, 5-10 балів – за необхідності часткової допомоги. Загальний бал від 0 до 20 означає повну залежність, 21-60 – виражену залежність, 61-90 – помірну залежність, 91-99 – легку залежність та 100 – відсутність залежності.

Інструментальна активність літньої людини відображає її здатність до самостійного проживання та вирішення побутових питань. Методика комплексної геріатричної оцінки людей похилого віку містить шкалу повсякденної інструментальної активності – IADL (Instrumental Activities of Daily Living). Вона аналізує здатність користуватися телефоном, діставатися місць, розташованих поза звичними дистанціями ходьби, ходити в магазин за продуктами, готувати їжу, виконувати роботу по дому, самостійно приймати ліки, розпоряджатися грошима. Кожен пункт оцінюється за 3-бальною системою: виконання дії – 3 бали, виконання з сторонньою допомогою – 2 бали, нездатність виконання – 1 бал. Сума менше ніж 27 балів вказує на зниження інструментальної активності.

Залежно від результатів розглядається питання необхідності стороннього догляду, часткового чи постійного, вдома чи спеціалізованому гериатричному закладі. Водночас категорія «незалежний» допускає використання допоміжних засобів.

Збереження вищої нервової діяльності пацієнта визначається за його емоційним фоном і когнітивними функціями. З цією метою застосовують спеціальні шкали для діагностики депресії та деменції.

Для виявлення порушень настрою існує безліч опитувальників. Найбільш популярною є шкала оцінки депресії GDS-15 (Geriatric Depression Scale), що включає наступні 15 питань: 1) чи задоволені Ви своїм життям?; 2) чи закинули ви більшу частину своїх занять та інтересів?; 3) чи відчуваєте ви, що Ваше життя порожнє? 4) чи часто вам стає нудно?; 5) чи у вас гарний настрій більшу частину часу?; 6) чи ви побоюєтеся, що з вами станеться щось погане? 7) чи ви відчуваєтеся щасливим більшу частину часу?; 8) ви відчуваєтеся безпорадним?; 9) чи волієте ви залишатися вдома, ніж вийти на вулицю і зайнятися чимось новим?; 10) чи вважаєте ви, що ваша пам'ять гірша, ніж у інших?; 11) чи вважаєте ви, що жити – це чудово?; 12) чи відчуваєте ви себе зараз безпорадним? 13) чи відчуваєте ви себе повним енергії і життєвої сили?; 14) чи відчуваєте ви безнадійність тієї ситуації, в якій зараз перебуваєте?; 15) чи вважаєте ви, що люди, які вас оточують, живуть більш повноцінним життям порівняно з вами? Один бал зараховується за відповідь «так» на запитання 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 та 15, а також за відповідь «ні» на запитання 1, 5, 7, 11 та 13. Загальний бал 5 і вище свідчить про ймовірну депресію.

Для діагностики деменції часто використовують тест Mini-Cog, що складається з трьох етапів, виконання якого займає 3-5 хвилин. На першому етапі називають та пропонують запам'ятати три слова (наприклад, лимон, ключ, кулю), на другому – намалювати годинник і відзначити час, на третьому – згадати 3 названі слова. При хворобі Альцгеймера в першу чергу страждає короткочасна пам'ять, при судинній деменції – довготривала, тому в першому

випадку хворий може намалювати годинник, але не назве слів, у другому – слова з підказкою згадає, але не намалює циферблат.

Широке застосування діагностики деменції знайшла коротка шкала MMSE (Minimental State Examination). Вона містить 9 завдань та 30 питань, що оцінюють такі когнітивні домени, як орієнтування у часі, місці знаходження, пам'ять, сприйняття, увагу та мову. Максимальна оцінка тесту – 30 балів, 27 балів і нижче розцінюється як ймовірний когнітивний дефіцит.

Перелічені види тестування розумових здібностей мають низьку чутливість для виявлення помірних когнітивних розладів. Для їх скринінгу рекомендується використовувати діагностично більш чутливий інструмент – Монреальську шкалу когнітивної оцінки (MoCA, Montreal Cognitive Assessment), спеціально створену для виявлення помірних когнітивних порушень у пацієнтів з нормальним результатом MMSE. Тест оцінює 8 категорій когнітивного процесу: виконавчі та зорово-конструктивні навички, пам'ять, увагу, мову, абстракцію, відстрочену пам'ять та орієнтування. Максимальна оцінка – 30 балів, гранична – 26 (у разі, якщо загальна освіта менше 12 років – 25). Тестування за допомогою шкал MMSE та MoCA займає близько 10 хвилин.

Важливо підкреслити, що оцінка когнітивних функцій людини похилого віку проходить в спокійній, доброзичливій обстановці і вимагає терпіння і такту з боку лікаря. З психологічної точки зору, важливим чинником є стосунки з близькими, дефіцит уваги з боку яких може бути головною причиною пригніченого стану людини похилого віку, що, у свою чергу, посилює соматичне неблагополуччя. Слід зазначити, що на відміну від фізичних можливостей, що знижуються при старінні, інтелектуальні резерви не мають вікових кордонів. Найбільш збереженою є емоційна сфера, і, навіть, дементний пацієнт здатний реагувати на виявлені щодо нього почуття. Разом з тим, сприйняття людиною навколишнього світу великою мірою залежить з його світу внутрішнього. Як показали результати досліджень, поширеність астенії літніх людей найбільш висока серед розлучених і вдівців, дещо нижча

у осіб, які ніколи не були у шлюбі, і найменша – у людей похилого віку, які перебувають у шлюбі. При цьому цей синдром найчастіше зустрічається у жителів сільської місцевості.

Велике значення для підтримки життєздатності літньої людини мають умови проживання. Звертають увагу на комфорт та безпеку побуту – освітленість, температуру повітря, можливість безперешкодного переміщення тощо. Лікаряю необхідно отримати уявлення про матеріальний достаток та коло осіб, які могли б надавати допомогу, а у разі потреби – забезпечити повсякденний догляд, організувати дозвілля. Оцінка соціально-побутового статусу має на увазі визначення найбільш адекватних умов життя пацієнта – самотійне проживання, у родинному колі або в будинку для людей похилого віку.

Отже, комплексна геріатрична оцінка – це всебічне обстеження літньої людини, за результатами якого лікар-геріатр складає індивідуальний план ведення пацієнта, що включає рекомендації щодо дієти, фізичної активності, медикаментозної та немедикаментозної терапії, облаштування побуту, адаптивних технологій, соціальної підтримки та догляду. Геріатр покликаний об'єднати навколо себе команду медичних фахівців, родичів та працівників соціальної служби, успіх якої ґрунтується на доброзичливому та делікатному ставленні до літнього пацієнта. Можливість щасливого довголіття, безумовно, в першу чергу залежить від турботи близьких, оскільки літня людина особливо потребує атмосфери кохання та взаєморозуміння.

2.3. Оцінка кадрового забезпечення процесу надання геріатричних послуг досліджуваним закладом охорони здоров'я

В процесі надання геріатричних послуг задіяне певне коло осіб: лікар-геріатр, лікарі-фахівці (терапевт, лікар загальної практики (сімейний), лікар з медичної реабілітації, лікар з лікувальної фізкультури, фізіотерапевт, інші лікарі-фахівці), а також працівники, які мають вищу немедичну освіту, –

логопеди, медичні психологи, інструктори-методисти з лікувальної фізкультури.

У світовій геріатричній практиці все коло фахівців, у центрі уваги яких знаходиться конкретний пацієнт похилого віку, формує так званий мультидисциплінарний колектив [48]. До діяльності такого колективу обов'язково залучаються соціальні працівники, а також сім'ї пацієнтів. При цьому в країнах із розвинутою структурою геріатричної служби ключовою фігурою мультидисциплінарного колективу у багатьох випадках є медична сестра [37].

Геріатрична медична сестра – це спеціаліст, який не лише допомагає лікарю-геріатру, виконуючи його розпорядження (task-centered nursing – сестринська допомога, націлена на виконання завдань), а й самостійно приймає відповідальні рішення щодо своїх пацієнтів (patient-centered nursing – сестринська діяльність, сфокусована на пацієнтах, або пацієнт-орієнтована допомога). Медична сестра знає своїх пацієнтів найкраще: знає житлові умови, обстановку та взаємини у сім'ї, медичні діагнози, психологічний стан, потреби у соціальній підтримці тощо. Для кожного свого пацієнта геріатрична медсестра це: 1) цілитель (проводить терапію за призначенням лікаря та оцінює її ефективність, стежить за клінічними показниками та здійснює втручання з метою усунення небажаних симптомів, надає першу допомогу при гострих станах); 2) опікун (стежить за режимом харчування, дієтою, гідратацією та фізіологічними випорожненнями, документує фізичний та психологічний стан, стежить за станом порожнини рота пацієнта, проводить оцінку болю, схильності до падінь та пролежнів, вживає заходи для профілактики небажаних станів та забезпечення безпечного середовища, піклується про створення психологічного комфорту); 3) наставник (інформує про майбутні втручання та пояснює їх необхідність як пацієнту, так і його сім'ї, навчає правильній поведінці для профілактики різних порушень); 4) захисник (спільно з працівниками соціальних служб захищає інтереси пацієнтів скрізь, де це потрібно, включаючи офіційні інстанції – щодо групи

інвалідності, призначення та виплати допомоги, забезпечення допоміжними засобами, що полегшують пересування, засобами поліпшення зору чи слуху та ін.).

У мультидисциплінарному колективі медична сестра: 1) виконує роль кейс-менеджера (case manager), фахівця, що забезпечує координацію роботи, взаємодію та співпрацю всіх її членів; 2) радиться із фахівцями з проблем пацієнтів; 3) ініціює збори мультидисциплінарного колективу для спільного обговорення проблем пацієнтів та вироблення узгодженого рішення; 4) контактує із соціальними службами для вироблення загальної стратегії ведення пацієнта.

Геріатрична медсестра також повинна постійно бути на зв'язку з сім'ями пацієнтів та інформувати членів сімей про всі зміни їх стану, про лікарські огляди та висновки, про призначене лікування чи госпіталізацію, отримувати їхню згоду, засновану на ясному і недвозначному розумінні наданої інформації.

Крім того, геріатрична медсестра має постійно: 1) підвищувати свою кваліфікацію, навчатися на курсах та проходити стажування; 2) бути в курсі новітніх технологій, що застосовуються при догляді за літніми пацієнтами (наприклад, портативних засобів контролю клінічних показників, автоматичних засобів сигналізації про пересування пацієнтів та ін.).

Геріатричні медсестри працюють і в медичних, і в соціальних установах, спеціалізуючись на відповідних формах догляду за людьми похилого віку.

Зміст роботи геріатричної медсестри висуває певні вимоги до її особистісних якостей: 1) комунікативні навички: здатність до передачі та сприйняття інформації, грамотного спілкування з пацієнтом у його різних станах, обмін думками, почуттями, переживаннями тощо; 2) уважність: уважне (активне) слухання пацієнта та членів його сім'ї, розуміння їх прохань, спостережливість, здатність сприймати проблеми та реагувати на них; 3) ретельність: відповідальне ставлення до виконання своїх обов'язків; 4) сприйнятливність: вміння навчатися та швидко застосовувати отримані знання

на практиці; 5) врівноваженість: вміння тримати себе в руках, контролювати свої дії, демонструвати стабільність у думках та вчинках; 6) співчуття: здатність співчувати, не переходячи до жалю; 7) чарівність: прояви доброти, м'яка та відкрита манера поведінки, охайний зовнішній вигляд. При всій важливості цих якостей очевидно, що робота медичної сестри головним чином оцінюється за тим, наскільки правильно вона діє в процесі догляду за пацієнтами.

Стандартизація алгоритмів виконання найбільш загальних, рутинних процедур дозволить кожній медсестрі твердо знати всю послідовність дій у кожній можливій ситуації та ставитися до своєї роботи відповідальніше.

За кордоном попит на кваліфікованих геріатричних медичних сестер постійно зростає, що головним чином пов'язане зі старінням населення розвинених країн: рівень життя та розвиток системи охорони здоров'я забезпечують літнім громадянам можливість доживати до глибокої старості. Одночасно розвивається сфера послуг для літніх: крім можливості проживання в комфортабельних будинках з повним набором послуг та медичною допомогою, люди похилого віку все частіше обирають автономне проживання в так званих резиденціях або залишаються вдома, перебуваючи під постійним наглядом з боку медичних та соціальних працівників. Геріатричні установи в країнах Північної Америки та Європи, як правило, чудово обладнані, в них широко застосовуються сучасні допоміжні засоби – від спеціальних ліжок, підтримуючих пристроїв та сучасних засобів, що використовуються пацієнтами, до численних, у тому числі інноваційних, пристроїв, які полегшують працю персоналу.

Експоненційне зростання витрат на медико-соціальні послуги змушує фахівців постійно підтверджувати ефективність цих витрат: добиватися якісного та безпечного догляду за літніми пацієнтами та ставитись до роботи з максимальною відповідальністю.

У США, Канаді, Ізраїлі, Великій Британії спеціалізація медичних сестер у галузі геріатрії можлива після здобуття базової сестринської освіти. Ця

освіта може бути як короткостроковою (місяці для помічників медсестри), так і досить тривалою (кілька років) з присвоєнням медичним сестрам ступеня бакалавра або магістра. Наявність магістерського ступеня вважається гарною можливістю для продовження сестринської освіти, аж до здобуття докторського ступеня.

Для роботи після закінчення освіти медичним сестрам потрібна ліцензія. Ліцензовані медсестри мають статус RN (registered nurse). Сестринську діяльність у США та Канаді курирують національні асоціації медсестер – ANA (American Nurse Association) [28] та CNA (Canadian Nurse Association) [30]. Обидві організації забезпечують просування сестринських спеціальностей, у тому числі геріатрії/геронтології, публікуючи на своїх сайтах численні інформаційні матеріали. ANA, крім того, підтримує програму «Компетентність медсестер у питаннях старіння» (Nurse Competence in Aging Initiative), призначену для медсестер різних спеціалізацій та сприяє отриманню ними знань у питаннях догляду за особливою категорією пацієнтів – літніми та старими людьми [39]. У Канаді питання догляду за людьми похилого віку представлені мережевим ресурсом Національна ініціатива з догляду за людьми похилого віку (National Initiative for the Care of the Elderly - NICE) [50]. Найбільшою сестринською організацією, що функціонує у Великій Британії та відзначає у 2016 році своє століття, є Королівський коледж медсестер (Royal College of Nursing – RCN) [57]. Незважаючи на назву, RCN – це не стільки навчальний заклад, скільки свого роду професійне об'єднання, яке є інформаційним та освітнім центром для сестер різних спеціальностей, включаючи геріатричний догляд. Під егідою RCN випускається 11 сестринських журналів, серед яких журнал «Догляд за людьми похилого віку» (Nursing Older People) [53]. Інша британська організація, що пропонує безліч інформаційних матеріалів, у тому числі для медсестер, – Національний інститут здоров'я та передового досвіду у догляді (National Institute for Health and Care Excellence – NICE) [51].

У США функціонує Американський центр атестації медсестер (ANCC - American Nurses Credentialing Center). ANCC являє собою дочірню компанію ANA і є найбільшою і найпрестижнішою у світі організацією атестації медичних сестер [29]. На відміну від ліцензії, обов'язкової для практичної роботи після завершення сестринської освіти, атестація в ANCC не є обов'язковою, але вона дає суттєві конкурентні переваги на ринку праці.

Рівень освіти медичної сестри визначає ступінь її відповідальності та самостійності у прийнятті рішень, тому при прийомі на роботу рівень освіти має ключове значення. Одна й та сама посада для медсестер з різним рівнем освіти оплачується по-різному, і це стимулює персонал до безперервного підвищення кваліфікації.

Атестована геріатрична/геронтологічна медсестра набуває статусу просунутої практикуючої сестри GPN (gerontological advanced practice nurse) і має можливість працювати з пацієнтами будь-якої установи геріатричного профілю або навіть мати власний офіс.

Інтереси геріатричних/геронтологічних медичних сестер у США представляють: Національна асоціація геронтологічних медсестер – NGNA (National Gerontological Nursing Association) [49] та Асоціація просунутих практикуючих геронтологічних медсестер – GAPNA (Gerontological Advanced Practice). Обидві організації належать до засновників щомісячного журналу «Геріатричний догляд» (Geriatric Nursing), який призначений спеціально для геріатричних медичних сестер. Журнал доступний в електронному та паперовому вигляді, а також у вигляді програми для планшетів [38].

Провідна роль у створенні бази знань та досвіду для медичних сестер у галузі геріатричного догляду належить Інституту Хартфорда [36] у Нью-Йоркському університеті, заснованому Фондом Джона Хартфорда [61] у 90-х роках минулого століття. Інститут Хартфорда спільно з Нью-Йоркським коледжем медичних сестер Рорі Майерс (Rory Meyers College of Nursing) підтримує портал TheConsultGeriRN.org [62], що містить відомості про клінічно доведені інструменти для оцінки стану літнього пацієнта, про

протоколи догляду та реабілітації. Крім того, важливим проектом Інституту Хартфорда, що існує понад 20 років, є «Програма вдосконалення сестринського догляду в охороні здоров'я людей похилого віку» (Nurses Improving Care for Healthsystem Elders – NICHE) [32], спрямована на систематичне покращення процесу реабілітації госпіталізованих пацієнтів похилого віку. Програма NICHE охоплює понад 600 медичних закладів у 40 штатах США та в деяких провінціях Канади. Вона надає матеріали та послуги, необхідні для орієнтації практичної діяльності медичних сестер виключно на проблеми літніх та старих пацієнтів.

За експертною участю Інституту Хартфорда та Програми NICHE у 2016 році вийшло 5-е видання широко відомого у професійному середовищі довідника «Клінічно підтвержені протоколи сестринського догляду у геріатричній практиці» (Evidence-based geriatric nursing protocols for best)

Праця геріатричної медичної сестри вимагає високої стресостійкості та витримки, безконфліктної поведінки, розвинених комунікаційних навичок, швидкої реакції. Медичним сестрам доводиться стикатися з різними проявами геріатричних синдромів – нічними нападами, неврастенічними нападами, загостренням психосоматичних розладів, відмовою від їжі або прийому ліків, від спілкування тощо. У всьому світі сестринська робота вважається однією з найважливіших і добре оплачується. Так, у цих країнах зарплати кваліфікованих медсестер становлять від \$40 до \$80 тис. на рік [22]. Разом про те до кваліфікації геріатричних сестер пред'являються досить високі вимоги як і США [24], і у країнах Євросоюзу [25].

Особлива увага приділяється питанням оцінки якості надання геріатричної допомоги. Висока якість роботи персоналу сприяє отриманню пацієнтами кваліфікованішої та високоякісної медичної допомоги і, поряд з цим, виводить відповідні установи на рівень, що забезпечує успіх у конкурентній боротьбі. У різних країнах оцінка якості геріатричної допомоги спирається на індикатори якості, тобто показники, що базуються на визнаних стандартах та алгоритмах виконання дій щодо літніх та старих пацієнтів. Так,

Американська сестринська асоціація пропонує загальні індикатори якості сестринської роботи [26]. Крім того, в США розроблено алгоритми «Оцінка догляду за вразливими пацієнтами похилого віку» Assessing Care of Vulnerable Elders (ACOVE) [64], побудовані за принципом: «ЯКЩО (опис ситуації), ТО (опис необхідних дій)». Таким чином, розбіжність із запропонованим алгоритмом свідчить про неякісну роботу персоналу. При цьому ACOVE не вказує, хто саме має виконувати запропоновані дії.

Інструкції для геріатричних медсестер, розроблені Міністерством охорони здоров'я Ізраїлю, менш деталізовані, проте чітко визначають порядок дій сестринського персоналу геріатричних установ у найбільш типових ситуаціях [45].

Значне місце у роботі геріатричних медсестер займає проведення оцінки фізичного, когнітивного та соціального статусу літніх пацієнтів, документування результатів, постановка сестринського діагнозу та складання програми необхідних втручань. На допомогу медичним сестрам у спеціальній літературі та на професійних сайтах в Інтернеті широко представлені клінічно доведені інструменти – різні шкали та опитувальники. Так, наприклад, сайт GAPNA пропонує «Набір інструментів з геронтологічних ресурсів для практикуючих кваліфікованих медсестер» (Toolkit of Gerontology Resources for Advanced Practice Nurses) [55].

Традиційні шкали та опитувальники призначені для оцінки лише певних аспектів проблем літніх і старих людей, таких як повсякденна активність, пізнавальна функція, настрої тощо, тому не завжди є можливість врахувати всі фактори, що впливають на оцінку їх потреб у догляді. Проте процес догляду за людьми похилого віку постійно вдосконалюється. Завдяки зусиллям міжнародного колективу дослідників [60], нині у країнах Північної Америки та деяких країнах Європи застосовуються інтегральні інструменти interRAI (RAI – Resident Assessment Instrument), які мають нове покоління засобів комплексної оцінки стану літніх і старих пацієнтів та його потреб допомоги.

Інструменти засновані на використанні опитувальних листів мінімального набору відомостей (Minimum Data Set – MDS) [63].

Інструменти interRAI дозволяють отримати більш повну та точну інформацію про фізичний, психічний та соціальний статус як літніх резидентів установ довготривалого догляду [44], так і тих, хто отримує послуги з догляду, проживаючи вдома [34]. При цьому, зокрема, планування сестринського догляду за кожним пацієнтом стає повнішим, оскільки враховується більша кількість проблем, факторів ризику, а також можливостей для покращення стану. Не менш важливо й те, що процес обробки опитувальних листів може бути комп'ютеризований, що суттєво полегшує працю медичних сестер, дозволяючи їм використовувати для збирання інформації електронний планшет та отримувати повний опис проблем пацієнта, а також готові рішення щодо догляду [47].

Отже, сестринський догляд за людьми похилого віку – це пацієнт-орієнтований процес, в якому присутні всі аспекти: оцінка стану пацієнта, сестринський діагноз, планування догляду, оцінка результату сестринських втручань і періодичне коригування плану в залежності від стану пацієнта. Сучасна геріатрична медсестра – це фахівець, здатний продемонструвати знання та навички в галузі клінічного обстеження та оцінки геріатричних синдромів, засновані на цілісному уявленні про старіння.

Висновки до розділу 2

Аналіз організаційного забезпечення процесу надання геріатричних послуг Луцьким геріатричним пансіонатом показав, що досліджуваний заклад охорони здоров'я надає послуги 145 особам, з яких на повному державному утриманні перебуває 127 осіб та на диференційованому утриманні – 4 осіб. З числа 145 мешканців, 73 – жінок, 72 – чоловіки. З них 62 особи – ліжкохворі, 18 осіб – на інвалідному візку, 65 осіб – пересуваються самостійно. Осіб з інвалідністю 76 чол: I гр. – 40, II гр. – 34, III гр. – 2. Луцький геріатричний пансіонат має досить велику матеріально-технічну базу, яка складається з:

житлового корпусу, адміністративного корпусу, прохідної, складу, овочесховища, теплиці, котельні, пральні, гаража та свинарника. Всі об'єкти матеріально-технічної бази, окрім теплиці, знаходяться в задовільному стані. Теплиця потребує капітального ремонту.

Для визначення переліку геріатричних послуг, яких потребує пацієнт, в Луцькому геріатричному пансіонаті використовується методика комплексної геріатричної оцінки людини похилого віку. Комплексна геріатрична оцінка – це всебічне обстеження літньої людини, за результатами якого лікар-геріатр складає індивідуальний план ведення пацієнта, що включає рекомендації щодо дієти, фізичної активності, медикаментозної та немедикаментозної терапії, облаштування побуту, соціальної підтримки та догляду.

В процесі комплексної геріатричної оцінки використовуються різноманітні методики, зокрема: шкала FRAX – для визначення ймовірності виникнення низькотравматичного перелому; шкала повсякденної інструментальної активності IADL – для визначення здатності літньої людини користуватися телефоном, діставатися місць, розташованих поза звичними маршрутами, ходити в магазин за продуктами, готувати їжу, виконувати роботу по дому, самостійно приймати ліки, розпоряджатися грошима; шкала MMSE – для діагностики деменції: Монреальська шкала когнітивної оцінки – для виявлення помірних когнітивних порушень у пацієнтів з нормальним результатом MMSE; індекс Бартел – для тестування активності літніх людей у повсякденному житті; шкала оцінки депресії GDS-15 – для виявлення порушень настрою; тест Mini-Cog – для діагностики деменції.

Оцінка кадрового забезпечення процесу надання геріатричних послуг в Луцькому геріатричному пансіонаті задіяне певне коло осіб: лікар-геріатр, лікарі-фахівці (терапевт, лікар загальної практики (сімейний), лікар з медичної реабілітації, лікар з лікувальної фізкультури, фізіотерапевт, інші лікарі-фахівці), а також працівники, які мають вищу немедичну освіту, – логопеди, медичні психологи, інструктори-методисти з лікувальної фізкультури.

Геріатрична медична сестра – це спеціаліст, який не лише допомагає лікарю-геріатру, виконуючи його розпорядження, а й самостійно приймає відповідальні рішення щодо своїх пацієнтів. Медична сестра знає своїх пацієнтів найкраще: знає житлові умови, обстановку та взаємини у сім'ї, медичні діагнози, психологічний стан, потреби у соціальній підтримці тощо.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ ГЕРІАТРИЧНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Перспективи використання концепції комплексного догляду за людьми похилого віку в закладі охорони здоров'я

Концепція комплексного догляду за людьми похилого віку (ICORE) була розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) у контексті швидкого старіння населення світу. Ця демографічна реальність впливає майже на всі аспекти життя суспільства і створює нові важкі виклики для систем охорони здоров'я та соціального захисту. За період з 2015 по 2050 р. відсоток світового населення у віці 60 років і більше збільшиться майже вдвічі. Ймовірно, що стан здоров'я багатьох із цих людей погіршиться, у тому числі внаслідок виникнення множинних супутніх захворювань, причому багато хто з них живе у країнах з низьким та середнім рівнем доходу. Водночас увесь світ використав затверджений організацією Об'єднаних Націй Порядок денний у сфері сталого розвитку на період до 2030 р. У ньому країни заявляють, що ніхто не буде забутий і всі люди зможуть реалізувати свій потенціал на рівних умовах. Цілі у сфері сталого розвитку (ЦСР) є ще одним підтвердженням глобального зобов'язання щодо зміцнення та реорганізації системи охорони здоров'я. Це, в свою чергу, підтверджується завданням 3.8 «збільшити рівень охоплення населення послугами охорони здоров'я, щоб усі люди та групи населення мали доступ до якісних медико-санітарних послуг, не наражуючись на ризик опинитися у важкому фінансовому становищі». Однак якщо не буде забезпечено структурну та соціальну адаптацію та якісне медичне обслуговування, багато з поставлених в рамках ЦСР амбітних завдань не буде виконано.

Необхідний новий підхід до формування систем охорони здоров'я та медичних послуг, які мають забезпечувати високоякісний, комплексний, недорогий і доступний догляд, сконцентрований на потребах і правах людей

похилого віку. Комплексний догляд, особливо за літніми людьми, які мають хронічні проблеми зі здоров'ям, є загальновизнаним механізмом поліпшення показників та підвищення ефективності системи охорони здоров'я.

Згідно з визначенням ВООЗ, довгостроковий догляд – це «види діяльності, які здійснюють інші особи з метою забезпечення того, щоб люди зі суттєвою постійною втратою індивідуальної життєздатності або люди, схильні до ризику такої втрати, могли підтримувати рівень функціональної спроможності, що відповідає їх основним правам, фундаментальним свободам і людської гідності». До таких видів діяльності належать соціальна допомога, охорона здоров'я та діяльність, що здійснюється в інших секторах, таких як транспорт, і все це має бути інтегровано, щоб забезпечити оптимальну координацію та ефективність. Системи довгострокового догляду можуть передбачати надання як платних, так і безкоштовних послуг цілою низкою осіб, які здійснюють догляд, що необхідно враховувати в процесі розробки та ІСОРЕ концепції.

Для створення стійких систем довгострокового догляду ВООЗ пропонує такі три стратегії: 1) створення та постійне вдосконалення інфраструктури системи, для чого потрібні відповідне законодавство та стійкі механізми фінансування, що забезпечують доступ до послуг; 2) нарощування потенціалу оплачуваних та неоплачуваних працівників шляхом організації навчання, надання підтримки та створення можливостей для кар'єрного зростання; 3) забезпечення якості послуг соціальної допомоги.

Для забезпечення інтеграції закладів охорони здоров'я та закладів соціальної допомоги, які обслуговують людей похилого віку, необхідні перетворення на системному рівні (макрорівні), на рівні служб (мезорівні) та на клінічному рівні (мікрорівні).

В основі концепції ІСОРЕ лежать чотири основні принципи: 1) люди похилого віку мають такі самі права, як і всі інші люди, в тому числі право володіти найвищим досяжним рівнем здоров'я; 2) люди похилого віку повинні мати рівні можливості, що забезпечують здорове старіння, незалежно від їх

соціально-економічного стану, місця народження або постійного проживання та інших соціальних чинників; 3) догляд повинен забезпечуватись на рівних умовах і без будь-якої дискримінації, особливо за такими ознаками, як стать, вік чи етнічна приналежність; 4) необхідно, щоб системи та служби охорони здоров'я та соціальної допомоги були здатні задовольняти унікальні потреби в охороні здоров'я та соціальні потреби людей похилого віку – потреби, які згодом можуть змінюватися, і враховувати соціальні детермінанти здоров'я.

Для того щоб сприяти здоровому старінню людей, медико-санітарні та соціальні послуги та системи, що забезпечують надання таких послуг, повинні реагувати на різноманітні потреби літніх людей, у тому числі тих, чия індивідуальна життєздатність залишається на високому або стабільному рівні, тих, у кого вона знижується, і тих, чия життєздатність знизилася до такого рівня, що вони потребують догляду та підтримки від інших людей (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Рамкова основа системи охорони здоров'я для забезпечення здорового старіння: можливості для функціонування системи охорони здоров'я протягом усього життя

Примітка. Наведено за [65]

Запропонована ВООЗ концепція ICOPE має на меті забезпечити задоволення цих різноманітних потреб. Вона передбачає комплексний підхід до охорони здоров'я та соціальної допомоги, який забезпечується системою довгострокового догляду та спрямований на повніше задоволення потреб людей похилого віку. Кінцева мета полягає в тому, щоб максимально підвищити індивідуальну життєздатність і функціональні здібності кожної людини.

Концепція ICOPE ґрунтується на принципі, який полягає в тому, що максимізація функціональної здатності можлива в тих випадках, коли служби та системи забезпечують комплексне надання медико-санітарних та соціальних послуг людям похилого віку таким чином, щоб задовольнялися унікальні потреби людей. Комплексний характер послуг не означає, що структури мають бути об'єднані. Це означає, що різноманітні постачальники послуг повинні діяти скоординовано у межах певної системи. Концепція ICOPE орієнтована на потреби населення та сприяє переорієнтації медико-санітарних послуг та побудові систем довгострокового догляду на основі цієї більш персоналізованої та скоординованої моделі догляду.

Досвід показує, що моделі надання послуг повинні містити такі компоненти концепції ICOPE: 1) надання послуг за місцем проживання та вдома; 2) орієнтація на потреби людей, їх оцінка та розробка планів комплексного догляду; 3) прийняття рішень та постановка цілей на основі спільних зусиль; 4) надання підтримки з метою самодопомоги; 5) створення та забезпечення функціонування багатопрофільних бригад; 6) створення єдиної інформаційної системи та системи обміну даними; 7) взаємодія з місцевим населенням та сприяння особам, які здійснюють догляд; 6) налагодження зв'язку із службами соціальної допомоги та соціальної підтримки.

Проведення будь-якої реформи системи охорони здоров'я чи соціальної допомоги є складним процесом. Необхідно обговорювати питання та вживати заходи на багатьох рівнях системи комплексного догляду за людьми похилого віку (ICOPE) – від звернення людини за медичною допомогою до

загальносистемних змін. У той час як більшість заходів, що вживаються, орієнтовані на клінічний рівень, зростає розуміння того, що необхідно докладати більші зусилля та інвестувати ресурси як на рівні служб, так і на системному рівні.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), визначивши перспективи та компоненти концепції ICOPE, має намір надавати державам-членам сприяння у здійсненні ключових дій, які необхідно зробити щодо охорони здоров'я та соціальних служб. У цьому документі представлено 19 заходів щодо реалізації концепції ICOPE, покликани допомогти державам-членам запровадити системи комплексного догляду за людьми похилого віку. Компоненти цього механізму на макрорівні призначені для тих, хто розробляє політику, планує систему, фінансує цю діяльність та приймає рішення. Компоненти мезорівня призначені для керівників служб та програм, а також для осіб, які ухвалюють рішення.

Механізм реалізації ICOPE складається із двох частин – одна для керівників служб, а інша – для тих, хто керує системою (рис. 3.2). Він може використовуватися для вжиття таких заходів: 1) з'ясування, хто з людей похилого віку потребує медико-соціальної допомоги; 2) оцінка можливості служб та систем для забезпечення комплексного догляду на місцевому рівні на основі концепції ICOPE; 3) реалізація концепції ICOPE згідно з планом та з урахуванням можливостей.

Дві частини механізму передбачають вжиття 19 заходів, необхідних для впровадження системи комплексного догляду за людьми похилого віку на місцевому рівні. Ці заходи поділені на три категорії (рис. 3.3): 1) заходи, які повинні реалізовуватись на мезорівні (взаємодія з населенням та громадами та надання їм підтримки; сприяння скоординованому наданню послуг багатопрофільними постачальниками; орієнтація послуг на догляд за місцем проживання); 2) заходи, які повинні реалізовуватись на макрорівні (зміцнення систем управління та підзвітності); 3) заходи, які повинні реалізовуватись на мікрорівні.



Рис. 3.2. Етапи створення систем комплексного догляду за людьми похилого віку

Примітка. Наведено за [65]

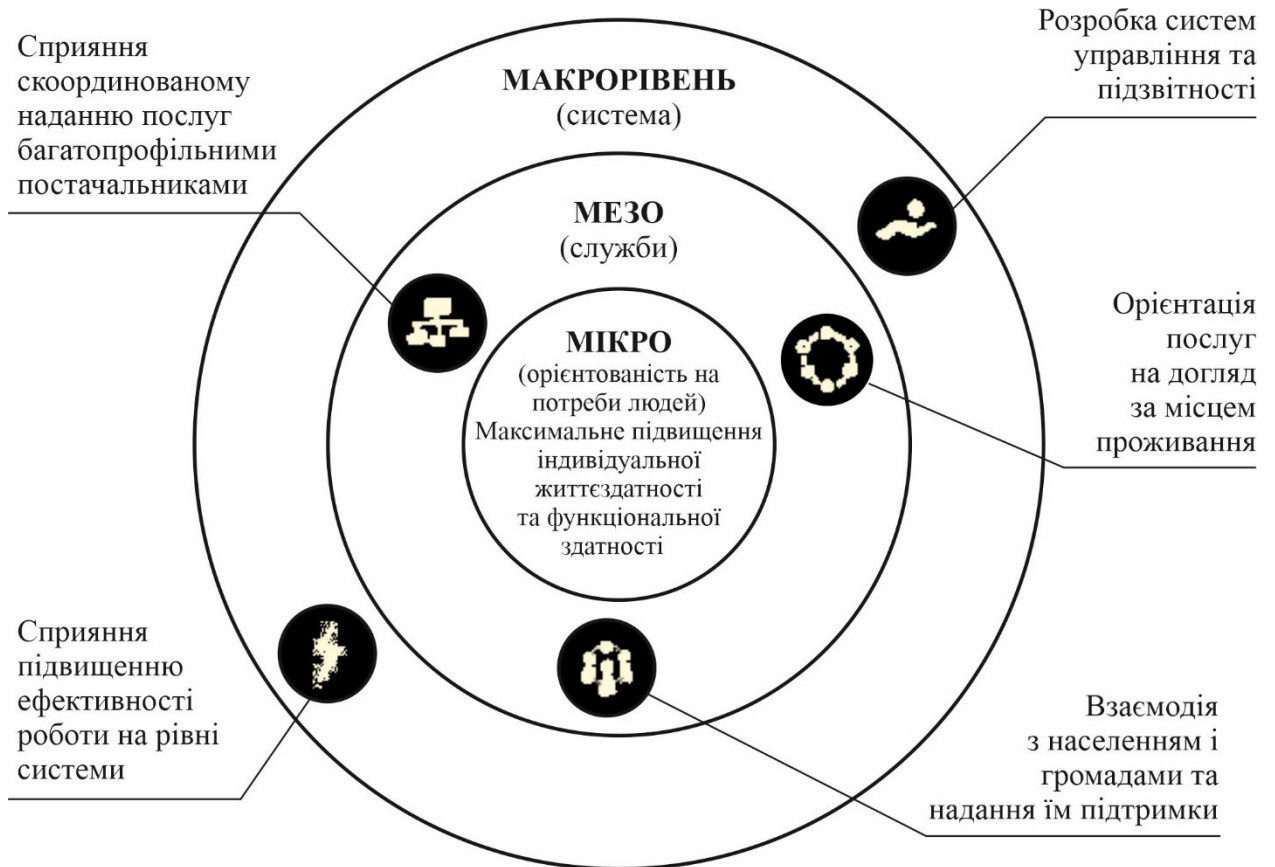


Рис. 3.3. Механізм реалізації ICOPE

Примітка. Наведено за [65]

Отже, запровадження концепції ICOPE в процес організації надання геріатричної допомоги дозволить значно підвищити якість геріатричних послуг та покращити якість життя осіб похилого віку.

3.2. Геріатричні послуги як інструмент створення та примноження потенціалу срібної економіки

Старіння населення не лише зумовлює виклики для соціально-економічного розвитку, але й створює додаткові можливості у різних сферах, зокрема, через розширення можливостей для зайнятості завдяки подовженню періоду трудової діяльності або створенню нових робочих місць у сфері медичних та соціальних послуг; розвиток освіти дорослих; зміцнення інституту сім'ї тощо.

В найближчому майбутньому старіння населення серйозно вплине на соціально-економічний розвиток всіх без винятку країн, структуру економік, структуру споживання, оскільки може знизитися попит на житло, автомобілі, мотоцикли, одяг та ряд інших товарів широкого вжитку, орієнтованих на молодь, а зрости – на медичне та соціальне обслуговування, послуги з організації дозвілля, банківські послуги, туристичні послуги, телекомунікаційні та страхові послуги, а також спеціалізовані юридичні, фінансові, фармацевтичні, дієтичні послуги, а також послуги по догляду за літніми людьми. Паралельно з'являться принципово нові види товарів і послуг, наприклад: домашні роботи-компаньйони, які допомагають самотнім літнім людям проводити дозвілля; автомобілі без водіїв, розумні технології для дому, які контролюють та аналізують стан літніх людей та пропонують варіанти лікування; системи підтримки деменції, інтелектуальні нагадування.

Поряд із розширенням ринку праці, в найближчому майбутньому літні люди сформують особливий споживчий ринок, зумовлений специфічністю їхніх потреб. До секторів, які отримають додаткові можливості для розвитку, можна віднести: сферу охорони здоров'я (надання медичних, оздоровчих і косметичних послуг, продаж медичних пристроїв та обладнання, розвиток

фармацевтичної галузі, заснування та розвиток телемедицини), сфера освіти та культури, послуги в сфері безпеки, розваг та туризму, послуги з налаштування системи «розумний дім», яка покликана підтримувати незалежну життєдіяльність літніх людей, сервісну робототехніку, особистий і автономний транспорт, банківські та фінансові послуги тощо.

Наприклад, компанії «Accenture» і «Oxford Economics» підрахували, що «срібна економіка» створить мільйони додаткових робочих місць: в США в 2020 році вже створено на 5 млн. робочих місць більше, а ВВП зріс на 442 млрд. дол. або на 2,2%; в Німеччині – 5 млн. робочих місць і додатково 2,1% обсягів економіки; у Великобританії – 1,3 млрд. дол. і 2,5% відповідно [66].

В умовах посилення викликів революції 4.0 і пов'язаної з нею технологічної модернізації та цифровізації «срібна економіка» зможе повноцінно розвиватися за умови активного використання технологічних і цифрових інновацій, в якій функціонують, взаємодіють, удосконалюються і зростають усі сектори національної економіки. Саме тому в умовах України необхідно створити організаційні та економічні засади для подолання цифрових розривів і створення такої моделі розвитку, яка б на основі інклюзивного підходу забезпечувала різностороннє використання інтелектуального і творчого потенціалу «срібної економіки», сприяла б покращенню показників охорони здоров'я та тривалості життя, забезпечувала б доступ та якісне надання публічних послуг усім категоріям населення. Необхідність використання потенціалу цифровізації зумовлена ще й тим, що сучасний ринок праці – це складна багатокомпонентна та динамічна система, що піддається перманентному впливу інформаційних технологій, що тягне за собою скорочення та зміни у структурі зайнятості, соціально-трудова відносинах. У цьому контексті руйнуються звичні для людей соціальна захищеність, гарантія гідної пенсії і виникає необхідність адаптації до нових умов. Звичайно, в якості адаптації можна запропонувати отримання безумовного базового доходу, модель якого активно просувається М. Фрідманом, Г. Стендіндом, однак тоді люди втрачають з улюбленою роботою

сенс життя. На нашу думку, саме мережева економіка може знівелювати існуючі ризики зайнятості. Можливим рішенням буде підтримка тих сфер економіки, де людину неможливо замінити нейронною системою. Мова йде про створення можливостей для реалізації творчого потенціалу, що відповідатиме трендам мережевого суспільства.

За прогнозними розрахунками Світового банку 30% проникнення широкосмугового доступу до Інтернету в Євразійському економічному просторі сприятиме створенню до 4 млн. нових робочих місць, 1 млн. з яких – у сфері цифрової економіки [4]. Для кращого використання потенціалу цифровізації в контексті розвитку «срібної економіки» необхідно забезпечити створення сучасної інфраструктури зв'язку, центрів зберігання і обробки даних, інтелектуальних мереж, платформ і технологій; диференціювати інформаційні послуги; вирішити питання надання фіскальних пільг малому та середньому бізнесу, який працює з використанням інформаційно-комунікативних технологій; сприяти поширенню комп'ютерної грамотності для людей старшого віку.

В Україні спостерігається досить стійка тенденція зі зростанням кількості людей похилого віку. Якщо у 2007 р. частка людей пенсійного віку складала 23,9 %, то у 2019 р. досягла 24,4 %. За рейтингом старіння (часткою населення старше 65 років) Україна займає 11 місце у світі, а за прогнозами у 2025-му переміститься на 9-те місце. Згідно з національним демографічним прогнозом на період до 2025 року частка осіб віком від 60 років і старше становитиме 25,0 % загальної кількості населення, а у 2030 році – понад 26,0 % [4].

Тенденція зберігатиметься навіть в умовах систематичного зменшення загальної кількості осіб пенсійного віку. Так, в Україні протягом 2014-2020 рр. спостерігається поступове зменшення кількості пенсіонерів. На 1 січня 2020 року на обліку в Пенсійному фонді України перебувало 11 334,7 тис. пенсіонерів, що на 135,7 тис. осіб менше порівняно зі станом на 1 січня 2019 року (рис. 6). Така ситуація зумовлена: різким зменшенням чисельності

населення; скороченням народжуваності, збільшенням смертності і, як наслідок, відсутністю додатного природного приросту; старінням населення, збільшенням «навантаження» на працездатну його частину; інтенсифікацією міграційних процесів, вплив яких суперечливий і нерідко негативний. Це означає, що Україна ще довго залишатиметься однією із «найстаріших» країн світу. За цих умов використання потенціалу «срібної економіки» набуває особливої актуальності.

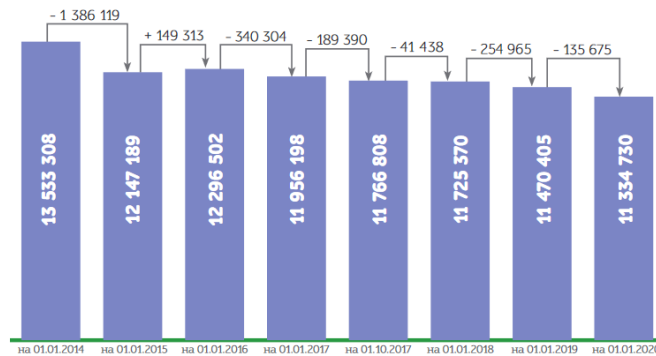


Рис. 3.4. Динаміка чисельності пенсіонерів в Україні у 2014-2020 рр.

Примітка. Наведено за [66]

Перспективи розвитку «срібної економіки» в Україні можна оцінювати як з песимістичної, так і з оптимістичної точки зору. Відповідно до песимістичної точки зору, «срібна економіка» в Україні знаходиться на початковому етапі свого розвитку і в найближчій перспективі ніяких зрушень у її розвитку не відбудеться. Згідно оптимістичної точки зору, «срібна економіка» в Україні досить активно розвивається, що підтверджується наступними чинниками: зростанням числа працюючих пенсіонерів, незначним зростанням комерційного сектора в сфері сервісу для літніх людей, зростанням активності людей похилого віку як споживачів товарів та послуг.

Зростання кількості працюючих пенсіонерів пов'язане з тим, що у більшості людей старше 60 років після виходу на пенсію суттєво знижуються доходи. Це зумовлено неузгодженістю вітчизняної системи соціальних стандартів, коли розмір пенсійних виплат є нижчими за розмір прожиткового мінімуму, затвердженого урядом. Тому пенсіонери змушені працювати для

того, щоб забезпечити собі хоча б мінімальні умови життя. Низький рівень доходів людей після виходу на пенсію ускладнює їм доступ до сфери охорони здоров'я [66]

На нашу думку, «срібна економіка» в Україні лише починає розвиватись і суттєво відстає від розвинутих країн, але її ріст має місце та перспективи її розвитку досить оптимістичні за умови активної державної підтримки.

В Україні вже зроблено ряд кроків в цьому напрямку. Так, 11 січня 2018 р. український Уряд затвердив Стратегію державної політики з питань здорового і активного довголіття населення на період до 2022 року. Дану Стратегію розроблено з метою реалізації Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії та їхніми державами-членами, з іншої сторони, Мадридського міжнародного плану дій з питань старіння, а також для забезпечення створення сприятливих умов для здорового старіння та активного довголіття, адаптації суспільних інститутів до подальшого демографічного старіння та розбудови суспільства рівних можливостей для людей будь-якого віку.

Але таких заходів державної підтримки недостатньо для забезпечення подальшого розвитку «срібної економіки». В основу державної політики розбудови «срібної економіки» доцільно покласти: 1) боротьбу з негативними стереотипами старості; 2) усвідомлення різноманітності споживчих звичок та поведінки представників різних поколінь; 3) подолання бар'єрів, пов'язаних зі старінням та активністю в старості; 4) усвідомлення підприємствами та організаціями відповідальності перед старіючим суспільством; 5) пропаганду позитивного ставлення до працівників похилого віку.

Для забезпечення становлення та розвитку «срібної економіки» в Україні потрібно здійснити ряд заходів:

- 1) модернізувати державну політику в сфері охорони здоров'я шляхом зміщення вектору в сторону профілактики захворювань, первинної медичної допомоги та покращення діагностики, що дозволить суттєво знизити рівень смертності;

2) створити умови для навчання протягом всього життя, підвищення мобільності та активізації міграції населення як в середині країни, так і на міжнародному рівні, сприятиме підвищенню гнучкості ринку праці;

3) стимулювати виробництво товарів на послуг для людей похилого віку шляхом надання пільг підприємствам, що займаються таким видом діяльності; стимулювати проведення досліджень ринків товарів та послуг для людей похилого віку для виявлення тих, які потрібні літнім людям, але відсутні на ринку;

4) забезпечити підтримку продовження трудової діяльності людей похилого віку шляхом розробки та затвердження відповідних державних програм, наприклад: програми, що регулює варіанти виходу на пенсію; програми адаптації робочих місць до особливостей менталітету та фізичного самопочуття літніх співробітників; програми безперервного навчання; соціальної програми зниження рівня дискримінації за віком тощо;

5) забезпечити адаптацію та доступність об'єктів для людей похилого віку шляхом розробки та затвердження стандартів «універсального середовища» – середовища однаково комфортного для всіх членів суспільства, в тому числі і для людей похилого віку. Зазначені стандарти потрібно враховувати будівельним компаніям і місцевій владі при проектуванні будівель та плануванні міського середовища;

6) інформувати суспільство про проблеми людей похилого віку, створити сприятливі умови для діяльності недержавних організацій підтримки літніх людей, сприяти формуванню доброзичливого ставлення до осіб похилого віку;

7) забезпечити соціальну підтримку людей похилого віку шляхом формування фінансових резервів для оплати послуг по догляду за особами похилого віку, а також забезпечити органи соціального захисту оптимальною кількістю спеціалістів по догляду (соціальних працівників, медсестер, фізіотерапевтів, ерготерапевтів, лікарів-геронтологів) [8].

Таким чином, «срібна економіка» як розширяє вже існуючі, так і створює нові економічні можливості, пов'язані із зростанням видатків держави та споживчими витратами громадян, які зумовлені старінням населення і специфічними потребами літніх людей. Старіння населення створює додаткові можливості для розвитку великої кількості галузей і сфер економіки, прискорює інноваційний процес, спрямований на зниження трудомісткості виробництва, автоматизацію та роботизацію обслуговування літніх людей. Вчені вважають, що цей напрямок стане в майбутньому одним із важливих чинників економічного зростання та інновацій, а літні люди – його новим ресурсом.

Висновки до розділу 3

Для удосконалення процесу надання геріатричних послуг необхідно вжити заходи на макро-, мезо- та мікро- рівнях. На макрорівні в системі організації геріатричної допомоги необхідно інтегрувати концепцію ICOPE, в основі якої лежать чотири принципи: люди похилого віку мають такі самі права, як і всі інші люди, в тому числі право володіти найвищим досяжним рівнем здоров'я; люди похилого віку повинні мати рівні можливості, що забезпечують здорове старіння, незалежно від їх соціально-економічного стану, місця народження або постійного проживання та інших соціальних чинників; догляд повинен забезпечуватись на рівних умовах і без будь-якої дискримінації, особливо за такими ознаками, як стать, вік чи етнічна приналежність; необхідно, щоб системи та служби охорони здоров'я та соціальної допомоги були здатні задовольняти унікальні потреби в охороні здоров'я та соціальні потреби людей похилого віку – потреби, які згодом можуть змінюватися, і враховувати соціальні детермінанти здоров'я.

В основу державної політики розбудови «срібної економіки» доцільно покласти: боротьбу з негативними стереотипами старості; усвідомлення різноманітності споживчих звичок та поведінки представників різних поколінь; подолання бар'єрів, пов'язаних зі старінням та активністю в

старості; усвідомлення підприємствами та організаціями відповідальності перед старіючим суспільством; пропаганду позитивного ставлення до працівників похилого віку.

Для забезпечення подальшого розвитку «срібної економіки» в Україні потрібно: модернізувати державну політику в сфері охорони здоров'я; створити умови для навчання протягом всього життя, підвищення мобільності та активізації міграції населення; стимулювати виробництво товарів на послуг для людей похилого віку; забезпечити підтримку продовження трудової діяльності людей похилого віку; забезпечити адаптацію та доступність об'єктів для людей похилого віку; інформувати суспільство про проблеми людей похилого віку, створити сприятливі умови для діяльності недержавних організацій підтримки літніх людей, сприяти формуванню доброзичливого ставлення до осіб похилого віку; забезпечити соціальну підтримку людей похилого віку.

ВИСНОВКИ

Дослідження організації надання геріатричних послуг закладом охорони здоров'я, проведене на прикладі Луцького геріатричного пансіонату, дозволяє зробити наступні висновки та навести пропозиції:

В результаті проведеного дослідження виявлено, що геріатрична допомога є найважливішою складовою комплексної соціально-медичної допомоги громадянам похилого віку. Основним компонентом геріатричної допомоги є медична допомога, яка суттєво відрізняється від медичної допомоги іншим категоріям пацієнтів за підходом у кількісному та якісному вираженні.

Теоретичний аналіз специфіки та особливостей надання геріатричної допомоги встановив необхідність визнання геріатричної допомоги пріоритетною складовою медичної допомоги громадянам похилого віку, яка бути доступною кожній потребуючій людині. При цьому встановлено, що одержання пацієнтами геріатричної допомоги не передбачає його відмови від отримання інших видів медичної допомоги.

Геріатрична допомога, з урахуванням її специфічних особливостей (довгочасність, наступність, нерозривність окремих складових), міждисциплінарного характеру (медико-соціально-психологічна), соціальної пріоритетності, має бути виділена в окремий міжвідомчий напрям, що передбачає безпосереднє вирішення організаційних, фінансових та науково-методичних проблем.

Вивчення досвіду зарубіжних країн дозволило виявити сильні сторони державної політики соціального захисту людей похилого віку різних країн, які дозволяють забезпечувати високий рівень якості геріатричних послуг. Цей досвід є індивідуальним і важко піддається узагальненню через специфічні соціальні, культурні, економічні, політичні та інші особливості кожної з розглянутих країн. Проте, можна сформулювати перспективні напрямки державної політики в сфері надання геріатричних послуг: впровадження та розвиток нових технологій у сфері геронтології, які дозволять покращити

якість геронтологічних послуг; налагодження активної взаємодії державних структур та приватного бізнесу; створення нормативно-правової бази залучення інвестицій у сферу геронтології; створення конкурентного ринку геріатричних послуг, розробка привабливих інвестиційних проєктів; створення національних багатопрофільних стаціонарів; розвиток системи додаткового добровільного соціального страхування; забезпечення налагодженої системи догляду вдома, що дозволяє знизити потребу у медичних установах; розвиток ринку медичних товарів та послуг, забезпечення доступності лікарських засобів; забезпечення високого рівня розвитку медицини, який передбачає регулярні профілактичні медичні спостереження, що дозволяють виявити схильність до захворювань; підвищення рівня культури старості; створення можливості отримання літніми людьми додаткової освіти, яка призведе до підвищення якості їхнього життя

Аналіз організаційного забезпечення процесу надання геріатричних послуг Луцьким геріатричним пансіонатом показав, що досліджуваний заклад охорони здоров'я надає послуги 145 особам, з яких на повному державному утриманні перебуває 127 осіб та на диференційованому утриманні – 4 осіб. З числа 145 мешканців, 73 – жінок, 72 – чоловіки. З них 62 особи – ліжкохворі, 18 осіб – на інвалідному візку, 65 осіб – пересуваються самостійно. Осіб з інвалідністю 76 чол: I гр. – 40, II гр. – 34, III гр. – 2. Луцький геріатричний пансіонат має досить велику матеріально-технічну базу, яка складається з: житлового корпусу, адміністративного корпусу, прохідної, складу, овочесховища, теплиці, котельні, пральні, гаража та свинарника. Всі об'єкти матеріально-технічної бази, окрім теплиці, знаходяться в задовільному стані. Теплиця потребує капітального ремонту.

Для визначення переліку геріатричних послуг, яких потребує пацієнт, в Луцькому геріатричному пансіонаті використовується методика комплексної геріатричної оцінки людини похилого віку. Комплексна геріатрична оцінка – це всебічне обстеження літньої людини, за результатами якого лікар-геріатр складає індивідуальний план ведення пацієнта, що включає рекомендації щодо

дієти, фізичної активності, медикаментозної та немедикаментозної терапії, облаштування побуту, соціальної підтримки та догляду.

В процесі комплексної геріатричної оцінки використовуються різноманітні методики, зокрема: шкала FRAX – для визначення ймовірності виникнення низькотравматичного перелому; шкала повсякденної інструментальної активності IADL – для визначення здатності літньої людини користуватися телефоном, діставатися місць, розташованих поза звичними маршрутами, ходити в магазин за продуктами, готувати їжу, виконувати роботу по дому, самостійно приймати ліки, розпоряджатися грошима; шкала MMSE – для діагностики деменції: Монреальська шкала когнітивної оцінки – для виявлення помірних когнітивних порушень у пацієнтів з нормальним результатом MMSE; індекс Бартел – для тестування активності літніх людей у повсякденному житті; шкала оцінки депресії GDS-15 – для виявлення порушень настрою; тест Mini-Cog – для діагностики деменції.

Оцінка кадрового забезпечення процесу надання геріатричних послуг в Луцькому геріатричному пансіонаті задіяне певне коло осіб: лікар-геріатр, лікарі-фахівці (терапевт, лікар загальної практики (сімейний), лікар з медичної реабілітації, лікар з лікувальної фізкультури, фізіотерапевт, інші лікарі-фахівці), а також працівники, які мають вищу немедичну освіту, – логопеди, медичні психологи, інструктори-методисти з лікувальної фізкультури.

Геріатрична медична сестра – це спеціаліст, який не лише допомагає лікарю-геріатру, виконуючи його розпорядження, а й самостійно приймає відповідальні рішення щодо своїх пацієнтів. Медична сестра знає своїх пацієнтів найкраще: знає житлові умови, обстановку та взаємини у сім'ї, медичні діагнози, психологічний стан, потреби у соціальній підтримці тощо.

Для удосконалення процесу надання геріатричних послуг необхідно вжити заходи на макро-, мезо- та мікро- рівнях. На макрорівні в системі організації геріатричної допомоги необхідно інтегрувати концепцію ICOPE, в основі якої лежать чотири принципи: люди похилого віку мають такі самі права, як і всі інші люди, в тому числі право володіти найвищим досяжним

рівнем здоров'я; люди похилого віку повинні мати рівні можливості, що забезпечують здорове старіння, незалежно від їх соціально-економічного стану, місця народження або постійного проживання та інших соціальних чинників; догляд повинен забезпечуватись на рівних умовах і без будь-якої дискримінації, особливо за такими ознаками, як стать, вік чи етнічна приналежність; необхідно, щоб системи та служби охорони здоров'я та соціальної допомоги були здатні задовольняти унікальні потреби в охороні здоров'я та соціальні потреби людей похилого віку – потреби, які згодом можуть змінюватися, і враховувати соціальні детермінанти здоров'я.

В основу державної політики розбудови «срібної економіки» доцільно покласти: боротьбу з негативними стереотипами старості; усвідомлення різноманітності споживчих звичок та поведінки представників різних поколінь; подолання бар'єрів, пов'язаних зі старінням та активністю в старості; усвідомлення підприємствами та організаціями відповідальності перед старіючим суспільством; пропаганду позитивного ставлення до працівників похилого віку.

Для забезпечення подальшого розвитку «срібної економіки» в Україні потрібно: модернізувати державну політику в сфері охорони здоров'я; створити умови для навчання протягом всього життя, підвищення мобільності та активізації міграції населення; стимулювати виробництво товарів на послуг для людей похилого віку; забезпечити підтримку продовження трудової діяльності людей похилого віку; забезпечити адаптацію та доступність об'єктів для людей похилого віку; інформувати суспільство про проблеми людей похилого віку, створити сприятливі умови для діяльності недержавних організацій підтримки літніх людей, сприяти формуванню доброзичливого ставлення до осіб похилого віку; забезпечити соціальну підтримку людей похилого віку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Віденський Міжнародний план дій з проблем старіння. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_870_10.
2. Гнатюк А. Геронтологія як складовий елемент срібної економіки. Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні: матеріали доповідей Наукової інтернет-конференції студентів та молодих вчених кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу, 10 листопада 2022 року, Тернопіль, 2022.
3. Гнатюк А. Напрямки удосконалення організації надання геріатричної допомоги населенню. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах війни та післявоєнної відбудови : матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю, 31 травня 2022 року, Тернопіль, 2022. С. 265-267.
4. Декларація з проблем старіння. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_510
5. Декларація стосовно поганого поведження з людьми похилого віку. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_043.
6. Желюк Т. Сучасні підходи до реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я. *Вісник Тернопільського національного економічного університету*. 2019. № 1. С. 37-50.
7. Желюк Т., Чигур О. Регіональні ринки медичних послуг: специфіка формування та надання в умовах проведення медичної реформи. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2020. Вип. 25. С. 13-22.
8. Жуковська А. «Срібна економіка» як ресурс інклюзивного розвитку національної економіки. *Вісник Тернопільського національного економічного університету*. 2020. Вип. 3. С. 37-53. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/40993/1/Жуковська.pdf>
9. Жуковська А.Ю., Чигур О.В. Інноваційні технології надання медичних послуг. *Інноваційна економіка*, 2022, № №1 (90). С. 60-66.

10. Копенгагенська декларація про соціальний розвиток. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_505
11. Мадридський міжнародний план дій з питань старіння. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/NT2322.html
12. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.
13. Організація діяльності в сфері охорони здоров'я: навч. посібник. За ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л., Тернопіль, Крок, 2021. 438 с.
14. Принципи Організації Об'єднаних Націй стосовно літніх людей. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_314
15. Офіційний сайт Луцького геріатричного пансіонату. URL: <http://geriatricpansionat.lutsk.ua/>
16. Смачило І.І. Теоретичні підходи до формування кадрової стратегії підприємства. Науковий журнал Молодий вчений. 2020. № 12 (88). С. 6-9. URL: <http://molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/8/6>.
17. Смачило І.І. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в сучасних умовах проведення медичної реформи: Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи: зб. матеріалів доп. всеукр. наук.-практ. конф. з міжнародною участю, м. Тернопіль-Кам'янець-Подільський, 12-13 груд. 2018 р. Тернопіль, 2018. С. 291-294.
18. Шкільняк М., Желюк Т., Дудкіна О., Жуковська А., Попович Т. Управління закладами охорони здоров'я: виклики та перспективи (аналітичні рекомендації за результатами круглого столу (Тернопіль – Збараж, Збараський замок, 9 вересня 2021 р.). Вісник економіки. 2021. № 4. С. 225-233.
19. Шкільняк М., Кривокульська Н. Діагностика середовища функціонування закладу охорони здоров'я як передумова проведення змін. Соціально-економічні проблеми і держава. 2018. Вип. 2 (19). С. 151-159.

20. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Організаційне лідерство як інструмент організації діяльності закладу охорони здоров'я та її вдосконалення. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022. № 1. С. 64-69.

21. Шкільняк М.М., Овсянюк-Бердадіна О.Ф., Крисько Ж.Л., Демків І.О. Менеджмент: навчальний посібник. Тернопіль: Крок, 2017. 252 с.

22. 15 Highest Paying Countries for Nurses Pub.: Aug. 26, 2015. URL: <http://www.insidermonkey.com/blog/15-highest-paying-countries-for-nurses-367431/>

23. About Nordic Gerontological Federation Nordic Gerontological Federation. URL: <http://www.ngf-geronord.se/AboutNgf.html>

24. Adult-Gerontology Acute Care Nurse Practitioner Competencies, [brochure], publication of AACN (American Association of Colleges of Nursing), developed in collaboration with The Hartford Institute for Geriatric Nursing at New York University and the National Organization of Nurse Practitioner Faculties, February 2012. URL: <http://www.aacn.nche.edu/geriatric-nursing/Adult-Gero-ACNP-Competencies.pdf>

25. Adult-Gerontology Clinical Nurse Specialist Competencies, [brochure], publication of AACN (American Association of Colleges of Nursing), developed in collaboration with The Hartford Institute for Geriatric Nursing at New York University and the National Organization of Nurse Practitioner Faculties, March 2010. URL: <http://www.aacn.nche.edu/geriatric-nursing/adultgeroCNScomp.pdf>

26. Adult-Gerontology Primary Care Nurse Practitioner Competencies, [brochure], publication of AACN (American Association of Colleges of Nursing), developed in collaboration with The Hartford Institute for Geriatric Nursing at New York University and the National Organization of Nurse Practitioner Faculties, March 2010. URL: <http://www.aacn.nche.edu/geriatric-nursing/adultgeroprimcareNPcomp.pdf>

27. Akiyama H., Hasegawa Y. Awareness of atrial fibrillation in Japan: A large-scale, nationwide Internet survey of 50 000 Japanese adults. *Geriatr Gerontol Int.* 2018. Jul 18 (7). P. 1100-1107.
28. American Nurses Association webpage. URL: <http://www.nursingworld.org/>
29. ANCC – American Nurses Credentialing Center. URL: <http://www.nursecredentialing.org/>
30. Canadian Nurses Association webpage. URL: <https://www.cna-aiic.ca/en>
31. Care of Older People in Finland. URL: https://www.ttk.ee/public/Finland_
32. ConsultGeri webpage. URL: <https://consultgeri.org/>
33. Deborah K. van den Hoonaard. Learning to Be Old: How Qualitative Research Contributes to Our Understanding of Ageism. *International Journal of Qualitative Methods.* October 25, 2018. Vol. 17. P. 1-8.
34. Development & Validation of a Revised Nursing Home Assessment Tool: MDS 3.0. URL: http://www.hpm.umn.edu/nhregsplus/Resources%20and%20Publications/Federal_Resources/MDS_3.0.pdf
35. Dluhopolskyi O., Dluhopolska T., Farion A., Karp I., Zhukovska A., Kryvokulska N. The implementation of the Ehealth system and anticorruption reforms (case of EU countries for Ukraine). 9th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (5-7 June, 2019). Ceske Budejovice, Czech Republic, 2019, P. 346-349. URL: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=36070237700>
36. Geriatric Nursing webpage. URL: <http://www.gnjournal.com/>
37. Geriatric Nursing-Role of Nurse in Geriatrics Pub.: June 11, 2016. URL: <http://www.nsgmed.com/medical-surgical/geriatric-nursing-role-of-nurse-in-geriatrics/>
38. Gerontological Advanced Practice Nurses webpage. URL: <https://www.gapna.org/>

39. GeroNurseOnline webpage. URL: <http://www.geronurseonline.org/>
40. Health and health care of the elderly in the Nordic Countries — from a statistical perspective. Nordic Medico-Statistical Committee. Copenhagen, 2017. URL: <https://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:1158392/FULLTEXT01.pdf>
41. Health spending. OECD Data. URL: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.html>
42. Healthcare in Denmark Ministry of Health. URL: http://www.sum.dk/~media/Filer%20%20Publikationer_i_pdf/2016/Healthcare-in-dk-16-dec/Healthcare-english-V16-dec.pdf
43. Inouye K., de Souza Orlandi F., Lost Pavarini S. C., Pedrazzani E. S. Impact of the Third Age Open University on the Quality of Life of the Elderly. Educ. Pesqui. São Paulo. 2018. Vol. 44. URL: http://www.scielo.br/pdf/ep/v44/en_1517-9702-ep-S1678-4634201708142931.pdf
44. InterRAI webpage (assessed 06/03/2017): <http://www.interrai.org/>
45. Isis Montalvo, MS, MBA, RN The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI). OJIN – The Online Journal of Issues in Nursing. 2007;12(3).
46. Life expectancy at birth, total (years) The World Bank databank. URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>
47. Long-Term Care Facilities (LTCF). URL: <http://www.interrai.org/long-termcare-facilities.html>
48. Nancarrow SA, Booth A, et al. Ten principles of good interdisciplinary team work. Human Resources for Health. 201;11(1):1. doi: 10.1186/1478-4491-11-19.
49. National Gerontological Nursing Association webpage. URL: <http://www.ngna.org/>
50. NICE – National Initiative for the Care of the Elderly webpage. URL: <http://www.nicenet.ca/>
51. NICE – National Institute for Health and Care Excellence webpage. URL: <https://pathways.nice.org.uk/>

52. Nurses Improving Care for Healthsystem Elders – NICHE webpage.
URL: <http://www.nicheprogram.org/>

53. Nursing Older People webpage. URL:
<http://journals.rcni.com/journal/nop>

54. Nyström M. E., Höög E., Garvare R., Andersson M. Bäck et al. Research article Exploring the potential of a multi-level approach to improve capability for continuous organizational improvement and learning in a Swedish healthcare region. BMC Health Services Research. 24 May 2018. P. 1-25.

55. Quality Indicators – ACOVE. URL:
<http://www.rand.org/health/projects/acove/acove3.html>

56. Rasmussen Ch. D. N., Lindberg N. K., Ravn M. H., Jørgensen Marie B. et al. Processes, barriers and facilitators to implementation of a participatory ergonomics program among eldercare workers. Applied Ergonomics. Vol. 58. January 2017. P. 491-499.

57. RCN – Royal College of Nursing webpage. URL: <https://www.rcn.org.uk/>

58. Shebehe J., Hansson A. High hospital readmission rates for patients aged ≥ 65 years associated with low socioeconomic status in a Swedish region: a cross-sectional study in primary care. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2018. Vol. 36. No. 3. P. 300-307.

59. Shushpanov D., Zheliuk T., Zhukovska A., Diakovich L., Matsyk V., Kotsur A. Management of the Health Care System in the Conditions of Population Aging: Information, Analytical and Methodical Dimension. 11th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (15-17 September, 2021). Deggendorf, Germany, 2021, P. 259-664. URL: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=36070237700>

60. State of Israel Ministry of Health Publications Circulars & Procedures (Hebrew). URL:
<http://www.health.gov.il/Services/Pages/NoticesAndRegulations.aspx>

61. The Hartford Institute for Geriatric Nursing (HIGN) webpage. URL:
<https://hign.org>

62. The John A. Hartford Foundation webpage. URL: <http://www.johnahartford.org/>

63. Toolkit of Gerontology Resources for Advanced Practice Nurses. URL: <https://www.gapna.org/resources/toolkits/toolkit-gerontology-resources-aprn-preceptors-and-students>

64. WHO Europe Gerontological Nursing Curriculum [brochure] – 2003 – WHO European Strategy for Continuing Education for Nurses and Midwives. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/102267/e81554.pdf

65. The concept ICOPE. Concept implementation mechanism: recommendations for systems and services. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325669/9789240004665-rus.pdf?sequence=17&isAllowed=y>

66. Zhukovska A., Dluhopolskyi O., Zheliuk T., Shushpanov D., Brechko O., Kryvokulska N., Horiachko K. Silver economy: analysis of world trends and forecast for Ukraine. *Journal of Management Information and Decision Sciences*; Weaverville Vol. 24, Iss. 7, 2021. P. 1-12.