

Висновки

У даному дослідженні встановлено, що більш значний ступінь труднощів визначає лікар-психіатр, ніж сам пацієнт. Подібні відмінності було виявлено й у попередніх дослідженнях [2, 5, 9, 10]. Ці дані підкреслюють важливість використання альтернативних методів оцінки (самооцінка пацієнта, спостереження лікаря) для спроби зрозуміти та оцінити рівень повсякденного життя хворого. Результати двосторонньої оцінки повинні братися до уваги при розробці та впровадженні реабілітаційних програм для хворих на шизофренію.

Список використаної літератури

1. Сотніченко В. В. Сучасний підхід до комплексної оцінки рівня функціонування та життєдіяльності хворого на шизофренію / В. В. Сотніченко, В. Я. Пишель, М. Ю. Полив'яна // *Архів психіатрії*. – 2014. – № 3. – С. 45–48.
2. Bruyère S. M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: contemporary literature overview / S. M. Bruyère, S. A. Van Looy, D. B. Peterson // *Rehabilitation Psychology*. – 2005. – Vol. 50 (2). – P. 113–121.
3. Creek J. *Occupational therapy and mental health*. 4th ed / J. Creek. – Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, 2008. – 552 p.
4. Darzins P. The International Classification of Functioning, Disability and Health can help to structure and evaluate therapy / P. Darzins, S. Fone, S. Darzins // *Australian Occupational Therapy Journal*. – 2006. – Vol. 53 (2). – P. 127–131.
5. Foldemo A. Needs in outpatients with schizophrenia, assessed by the patients themselves and their parents and staff / A. Foldemo, A.-C. Ek, L. Bogren // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2004. – Vol. 39 (5). – P. 381–385.
6. Haglund L. Concepts in occupational therapy in relation to the ICF / L. Haglund, C. Henriksson // *Occupational Therapy International*. – 2003. – Vol. 10 (4). – P. 253–268.
7. Haglund L. Occupational functioning in relation to psychiatric diagnoses: schizophrenia and mood disorders / L. Haglund, L.-H. Thorell, J. Wälinder // *Nordic Journal of Psychiatry*. – 1998. – Vol. 52 (3). – P. 223–229.
8. Nordenfelt L. On health, ability and activity; comments on some basic notions in the ICF / L. Nordenfelt // *Disability and Rehabilitation*. – 2006. – Vol. 28 (23). – P. 1461–1465.
9. Raymont V. The inter-rater reliability of mental capacity assessments / V. Raymont, A. Buchanan, A. David [et al.] // *International Journal of Law and Psychiatry*. – 2004. – Vol. 30 (2). – P. 112–117.
10. Reliability of mental capacity assessments in psychiatric in-patients / R. Cairns, C. Maddock, A. Buchanan [et al.] // *British Journal of Psychiatry*. – 2005. – Vol. 187. – P. 372–378.
11. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation / M. Cerniauskaite, R. Quintas, C. Boldt [et al.] // *Disability and Rehabilitation*. – 2011. – Vol. 33 (4). – P. 281–309.
12. Tenorio-Martínez R. Measurement of problems in activities and participation in patients with anxiety, depression and schizophrenia using the ICF checklist / R. Tenorio-Martínez, M. del Carmen Lara-Muñoz, M. Medina-Mora M // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2009. – Vol. 44 (5). – P. 377–384.
13. Vessby K. Participation in occupational therapy research: a literature review / K. Vessby, A. Kjellberg // *British Journal of Occupational Therapy*. – 2010. – Vol. 73 (7). – P. 319–326.
14. World Health Organization. 2001a. International classification of functioning, disability, and health. Geneva: World Health Organization [Електронний ресурс]. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: http://www.who.int/classifications/icf/icf_more/en/
15. World Health Organization. The world health report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope [Електронний ресурс]. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.who.int/whr/2001/en/>

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ДЛЯ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ОЦЕНКИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В.Я. Пишель, М.Ю. Поливьяная, В.В. Сотниченко

В статье представлен опыт использования опросников уровня активности и участия в повседневной жизни, созданных на основе Международной классификации функционирования. Проведен сравнительный анализ субъективной оценки этих показателей больными шизофренией и врачами-психиатрами.

Ключевые слова: Международная классификация функционирования, шизофрения, уровень активности и участия в повседневной жизни.

USING EXPERIENCE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING FOR ALTERNATIVE ASSESSMENT OF ACTIVITY AND PARTICIPATION IN DAILY LIFE OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

V. Pishel, M. Polyviana, V. Sotnichenko

The article presents the experience of using questionnaires of the level of activity and participation in daily life based on the International Classification of Functioning. A comparative analysis of the subjective assessment of these indicators by patients with schizophrenia and by psychiatrists are conducted.

Key words: International Classification of Functioning, schizophrenia, level of activity and participation in daily life.

УДК:616.89

О.М. Мишаківська

ПРИКЛАДИ НАДАННЯ ДОПОМОГИ У РОЗВИНУТИХ КРАЇНАХ ДЛЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ДЕМЕНЦІЇ В УКРАЇНІ

Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня, м. Львів

o.myshakivska@gmail.com

Ключові слова:

деменція, реформи, амбулаторна допомога, економічний ефект.

Зростання числа людей похилого віку, так зване постаріння населення, яке спостерігається і в Європі, і в Україні, спричиняє збільшення числа хворих на деменцію та створює різні труднощі в суспільстві, в тому числі для сімей та доглядачів, з якими ці хворі проживають. Базуючись на досвіді інших країн ми зробили висновок про необхідність реформування медико-соціальних служб з надання допомоги цій групі людей, запропоновано створення амбулаторних закладів та спрогнозовано їх економічний ефект.

Актуальність. Деменції призводять до порушення щоденного та соціального функціонування хворого. Ураження логічного та абстрактного мислення не дозволяє пацієнтам виконувати щоденні обов'язки, унеможливує їх самообслуговування. На ранніх етапах розвитку деменцій виникають порушення, які, на перший погляд, здаються фізичними, а саме: зменшення

рухливості, мобільності, труднощі у користуванні предметами побуту. Когнітивна та фізична неспроможність хворих позбавляє їх здатності мешкати самостійно та робить залежними від стороннього догляду. Одним із найскладніших моментів, який асоціюється з деменцією, є різноманітні поведінкові розлади, які вимагають організації особливого догляду. Блукання, повторні

запитання, ходіння слідом, агресія, апатія, розлади сну, опір до допомоги у щоденних справах є викликом для доглядачів. Дуже часто непередбачувані вчинки хворих на деменцію стають причиною нещасних випадків. Така поведінка призводить до того, що опікування хворим стає тягарем для доглядачів, викликає у них розпач і депресію, надмірну втому і виснаження.

Останні статистичні дані свідчать, що у різних країнах світу загальна кількість хворих на деменції різко зростає. Станом на 2010 рік у світі налічували 35,6 млн хворих на деменції. До дев'яти країн з найвищим показником кількості хворих у 2010 році належали Китай (5,4 млн), США (3,9 млн), Індія (3,7 млн), Японія (2,5 млн), Німеччина (1,5 млн), Росія (1,2 млн), Франція (1,1 млн), Італія (1,1 млн) та Бразилія (1,0 млн). Відповідно до прогнозів, загальна кількість хворих на деменції буде подвоюватись кожні 20 років та становитиме близько 65,7 млн у 2030 році та 115,4 млн – у 2050 році [4].

Деменції є основною причиною госпіталізації у медичні інституції тривалого перебування [12]. Одне з провідних досліджень Великобританії (BURA) виявило, що середня тривалість перебування у будинках догляду становить 2,2 року, у 25% випадках пацієнти перебувають у них від 3,6 років та довше, а у 10% – більше 6 років [8].

Внаслідок прогресивного зростання кількості хворих дана проблема набуває великих масштабів, тому виникає необхідність у розробці альтернативних методів надання їм допомоги. Основними завданнями є залучення рідних до опіки за хворим родичем, допомога пацієнту на ранніх стадіях захворювання, проживання у звичному для нього середовищі, скорочення вартості медичних послуг та зменшення навантаження на існуючі заклади охорони здоров'я.

Приклади надання допомоги з догляду за хворими на деменції в амбулаторних умовах

У Німеччині близько 7,2% населення у віці 65 років та старше хворіють на деменції. Число хворих, які проживають вдома, у Німеччині є сталим – загалом більше ніж 2/3 пацієнтів залишаються жити у громаді. Приблизно 70% хворих доглядають вдома їх рідні. 83% доглядачів є жінками. Найчастішою причиною госпіталізації хворого у заклади медсестринського догляду є втома та виснаження рідних від догляду за ним. У закладах, що надають послуги денного догляду, 44,8% підопічних страждають на деменції помірного та важкого ступенів [6]. На даний час зростає мережа служб, які надають допомогу та підтримку хворим на деменції у громаді. Попереднім аналізом дослідження DemNet-D, проведеного із залученням 455 доглядачів за хворими, встановлено, що 51,4% доглядачів користувались послугами міських закладів, які надають амбулаторні послуги з догляду за хворими на деменції, приблизно таким був і відсоток доглядачів у сільській місцевості. При цьому 18,2% хворих, які живуть у громаді, перебували під опікою нестационарних закладів з догляду та проживали самостійно, 34,9% пацієнтів з когнітивними порушеннями, які проживали вдома, використовували послуги домашньої опіки та 32,1% – відвідували центри денного догляду [13]. Опитуванням доглядачів за хворими на деменцію у чотирьох регіонах Німеччини

встановлено, що 77,6% доглядачів знають про існування послуг денного догляду, 32,2% ними користуються. На запитання: «Чи ці послуги є помічними?» 20,1% відповіли, що для них ці послуги є дуже необхідними; 20,5% назвали послуги необхідними; 27,4% вважають, що вони не потребують цих послуг; 15% – сумніваються, чи потребують їх; 16% опитуваних виявили байдужість [3].

У Японії, де проживає найвищий відсоток людей віком понад 65 років, до 2025 року планується розробити та запустити інтегровану громадську систему опіки, яка буде створена на основі громади (близько 10 тис. осіб) і у якій необхідні послуги можуть бути отримані протягом 30 хвилин. Ця система допоможе хворим, які бажають продовжувати повноцінно жити у суспільстві, комбінувати перебування вдома з короткотривалою денною амбулаторною опікою, якщо вона необхідна. Впродовж 2013–2017 років в Японії планують розробити нові види допомоги, які будуть сприяти проживанню хворого у звичному для нього середовищі, у громаді [7]. У якості пілотного проекту, особи, які щойно вийшли на пенсію, були залучені до догляду за людьми похилого віку з когнітивними розладами. Ця ініціатива допомогла збільшити у громаді кількість робочої сили та заощадити кошти, які витрачались на кваліфікований медичний та медсестринський догляд. У 2000 році, до запровадження реформ, у Японії людей похилого віку поміщали у стаціонари, на так звану «соціальну госпіталізацію», що створювало надмірне навантаження на стаціонари та додаткові економічні видатки [8].

Схожа ситуація і в Україні. На даний час більша частина людей похилого віку з деменціями проживає вдома, доглядають їх рідні. Через відсутність можливості доглядати за хворим родичем протягом робочого дня, втому від щоденного догляду, психологічні, соціальні, економічні чинники, хворих найчастіше госпіталізують в існуючі стаціонарні інституції, а саме у психіатричні стаціонари, хоспіси, гериатричні пансіонати, інтернати психоневрологічного типу. Часто трапляється, що хворі на деменції протягом робочого дня залишаються самі вдома, без опіки та нагляду. Схильні до блукання, дезорієнтовані у просторі, вони хворі нерідко «губляться», покидаючи свою домівку та створюють небезпеку для себе. Безпорадні у побуті, вони не здатні себе обслуговувати, створюють небезпечні ситуації при користуванні побутовими приладами.

В Україні не існує державних інституцій, які б протягом робочого дня опікувались хворими на деменції, дозволяючи їм якнайдовше проживати у громаді. В амбулаторних умовах допомогу пацієнтам в Україні надають такі організації, як благодійна організація «Карітас» в рамках проекту «Домашня опіка» (організовує догляд на дому за пацієнтами, які проживають самі та не мають рідних) [9], всеукраїнський єврейський благодійний фонд «Хесед-Арьє» в рамках проекту «Медицина» (опікується людьми похилого віку у своїй громаді) [10].

В Україні в амбулаторних умовах хворим на деменції надається спеціалізована допомога згідно із затвердженою інструкцією з організації диспансерного та консультативного нагляду осіб, які страждають на психічні розлади [1].

Зростання навантаження на медичні установи призводить до додаткових витрат та змушує активно шукати науково обґрунтовані, ефективніші, альтернативні моделі медичних послуг. Підраховано, що з прогресуванням захворювання прогресивно зростає і вартість послуг із догляду за хворими. На рисунку 1 показано взаємовідношення збільшення витрат відповідно до послуг, яких потребують хворі при прогресуванні захворювання.

Було проведено аналіз існуючих організаційних інституцій та оцінку їх вартості на прикладі моделі, яка функціонує у США, де близько 60–70% людей похилого віку, хворих на хворобу Альцгеймера (ХА) чи інші деменції, проживають у громаді. Більшістю хворих на деменції опікуються члени їх родин. З прогресуванням захворювання пацієнти та їх родичі мають вибір: вони можуть отримувати платну допомогу у домашніх умовах, допомогу в центрах денного догляду (adult day centers), закладах спільного проживання (assisted living facilities) та будинках медсестринського догляду (nursing homes). Загалом, більша частина хворих залишаються проживати вдома та отримують безоплатну допомогу від рідних та друзів, відвідують денні центри, близько 37% хворих користуються платними послугами з догляду, що надаються у домашніх умовах. Підраховано, який відсоток хворих на деменції перебуває у різних типах медичних закладів. Статистичні дані свідчать, що хворими на деменції є половина пацієнтів, які відвідують денні центри догляду. З загальної кількості хворих, які проживають у закладах спільного проживання, на деменції хворіють 43% пацієнтів. Із тих, що проживають у будинках медсестринського догляду, на деменції хворіють 64% пацієнтів.

У США порівняли вартість послуг з догляду залежно від закладу опіки: у 2012 році середня вартість платного догляду на дому становила \$21 за годину або \$168 за

8-годинний робочий день; у центрах спільного проживання – \$4,937 на місяць (близько \$160 на день) або \$59,250 на рік; у будинках медсестринського догляду ціна коливається від \$268 на день або \$97,820 на рік за індивідуальну кімнату до \$236 на день або \$86,140 на рік за спільну кімнату. Загалом у США у 2014 році було витрачено на систему охорони здоров'я, довготермінову та хоспісну опіку за хворими на деменції \$214 млн. До 2050 року очікується зростання витрат до \$1,2 трильйона [5].

Утримання хворих на деменції у спеціалізованих установах є витратним, тому важливу роль у суспільстві відіграють доглядачі, які опікуються хворим в амбулаторних умовах. У США 75% доглядачів за хворими на ХА та інші деменції поєднують роботу з доглядом за хворим родичем, з них 81% є молодшими за 65 років та 35% старшими за 65 років. Доглядачі, які працюють, мають значні труднощі у поєднанні роботи та обов'язків з догляду [8]. Доглядачі за хворими на деменції входять у групу ризику психічних розладів, серед яких найчастішими є депресія та тривога. Тягар опіки за хворим родичем призводить до того, що більшість доглядачів стають соціально ізольованими [5]. У свою чергу, хронічний стрес та посттравматичний стресовий розлад асоціюються з більшим статистичним ризиком захворіти на різні форми деменції [12].

На рисунку 2 показано, як тягар опіки впливає на різні сфери життя жінок-доглядачів.

У Німеччині близько 85% хворих мають медичне страхування. Річна вартість утримання громадянина Німеччини у віці 60 років та старше становить 13 300 € при наявності у нього діагнозу деменції, порівняно з 3600 € – у разі відсутності. Мінімальна вартість річного догляду за хворим на деменцію становить 6600 €, за умови, що пацієнт проживає у громаді та його доглядають рідні; вартість утримання хворого зростає до 12 400 € та вище при госпіталізації хворого у заклади, які надають догляд [11].

Порівнюючи дані з США та Німеччини стосовно вартості догляду за хворими на деменції можна зробити очевидний висновок, що утримання хворих у медичних закладах є значно витратнішим, ніж надання йому допомоги в амбулаторних умовах.

Для полегшення тягара опіки з догляду за хворим, доглядачі потребують наступної допомоги:

- психологічна та просвітницька допомога;
- навчання комунікативних навичок для спілкування з хворим на деменцію родичем;
- візит-опіка на дому;
- допомога у догляді за хворим;
- консультації медичних спеціалістів (терапевта, психіатра);

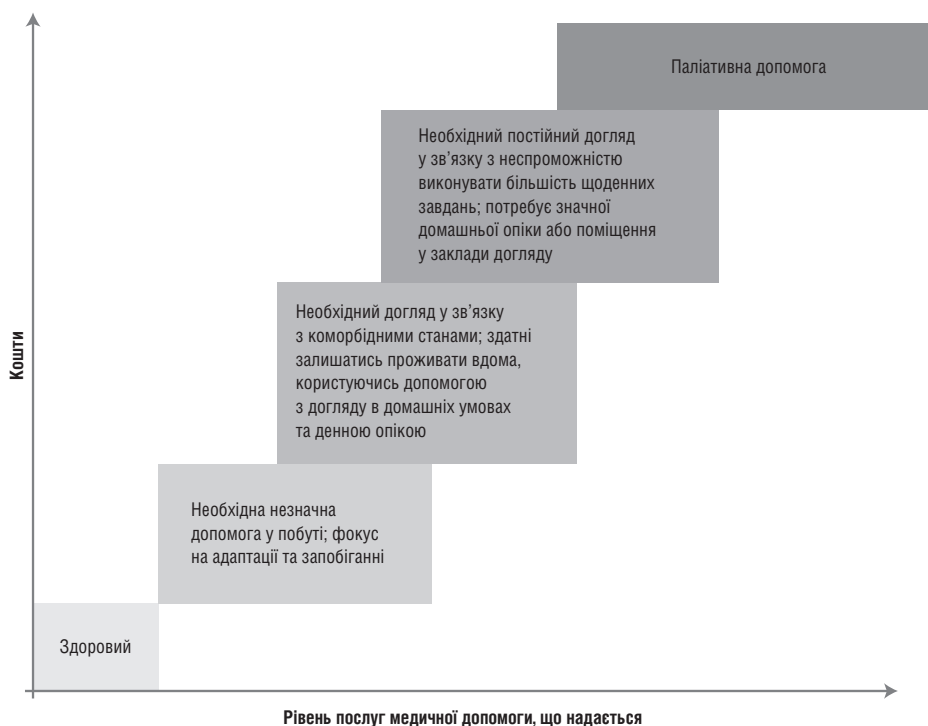


Рис. 1. Зростання вартості послуг відповідно до рівня надання медичної допомоги (джерело – Swiss Re Economic Research & Consulting [8])

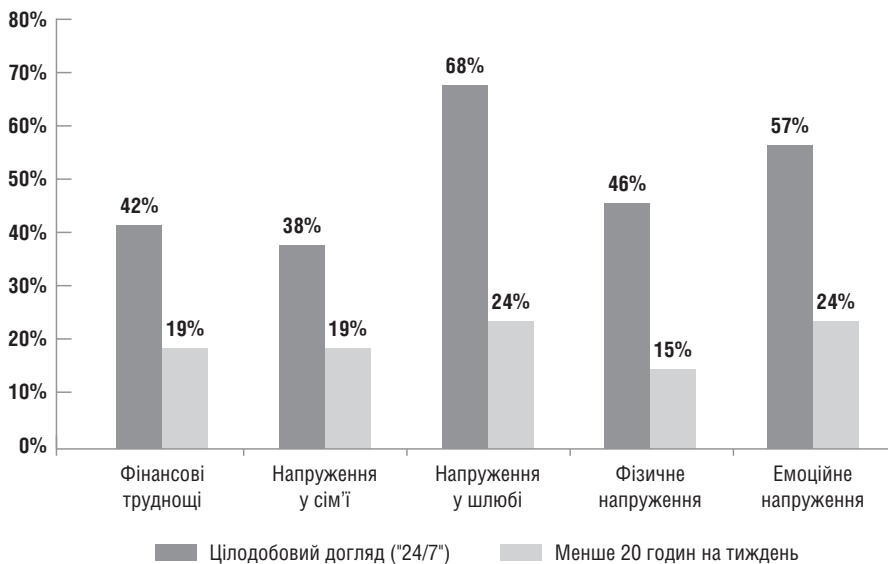


Рис. 2 Порівняння тягаря опіки серед жінок при цілодобовому догляді та догляді <20 годин на тиждень (джерело – Alzheimer’s Association Women and Alzheimer’s Poll, 2014 [2])

- створення закладів денного догляду за хворими на деменцію;
- Створення закладів медсестринського догляду.

Обговорення отриманих даних

Фінансування та впровадження ефективних рішень щодо організації догляду за людьми похилого віку є одним із викликів суспільству на найближчі роки. Спільною є думка, що проживання пацієнта в домашніх умовах приводить до значної економії коштів та є позитивним з морально-етичної точки зору. У зв’язку з цим важливою є організація позалікарняної служби, яка б допомагала доглядачам опікуватися хворими на деменцію, та сприяла тривалішому перебуванню хворих у домашніх умовах. Взявши до уваги досвід країн з високим рівнем опіки над хворими на деменцію, можна зробити висновок, що актуальним є створення й в Україні центрів денного догляду за такими хворими. Ця установа має нагадувати за своєю організацією дитячий дошкільний заклад, де пацієнтами впродовж дня опікується професійно підготовлений персонал (прогулянки, тренування у щоденних навичках, дозволя). Рідні пацієнта у цих закладах можуть отримати рекомендації психіатра, консультації психолога, скорегувати призначене лікування. Така амбулаторна форма догляду дасть змогу опікувану ходити на роботу, вести звичне соціальне життя.

Завдання центрів денного догляду полягатиме у наступній допомозі пацієнтам:

- навчальні заняття;
- спілкування з персоналом, іншими хворими;
- щоденна прогулянка;
- при потребі огляд психіатра, психолога, інших спеціалістів.

а також їх родичам:

- просвітницька робота з рідними пацієнта;
- догляд за хворим впродовж робочого дня;
- консультативна та психологічна допомога.

Економічний ефект від створення таких амбулаторних закладів полягає в тому, що пацієнт залишатиметься вдома та перебуватиме під опікою рідних, що є менш ви-

тратним, ніж щоденне утримання його в умовах медичного закладу. Водночас члени родини зможуть повноцінно працювати повний робочий день за кваліфікацією, реалізувати свій творчий та трудовий потенціал, тоді як сам хворий перебуватиме під опікою досвідченого персоналу. Такі амбулаторні заклади можуть бути приватної, державної та змішаної форм власності. Фінансування закладів може здійснюватись з різних джерел (страхові фонди, пожертви, часткова та повна оплата).

Висновок

Через відсутність в Україні амбулаторних форм допомоги хворим на деменцію велику

кількість пацієнтів госпіталізують в існуючі стаціонарні інституції, що призводить до значних бюджетних витрат для держави, ізоляції хворого, позбавляє його можливості проживати у звичному для нього середовищі, вдома, у громаді. На прикладі США та Німеччини підраховано, що надання амбулаторної допомоги хворим на деменцію, які продовжують проживати вдома, під опікою родини, суттєво дешевше, ніж утримання такого хворого в установах по догляду. Саме тому більшість розвинених країн працюють над розробкою нових альтернативних підходів, які б дозволили залучити до опіки за хворим родичем рідних, впровадження ІТ-технологій у щоденний догляд за хворим на деменцію. Дане питання є актуальним особливо у великих містах України, де звичною є наступна ситуація: протягом робочого тижня рідні щоденно ходять на роботу та зачиняють вдома хворого родича, який залишається без нагляду та піддає ризику себе та оточуючих. Важливим є створення та розвиток позалікарняних інституцій, у яких хворі на деменцію протягом дня перебували б під наглядом та професійною опікою. Рекомендованою формою амбулаторної допомоги хворим на когнітивні порушення є створення центрів денного догляду.

Список використаної літератури

1. Наказ МОЗ України № 20 від 22.01.2007 «Про затвердження інструкції з організації диспансерного та консультативного нагляду осіб, які страждають на психічні розлади, при наданні амбулаторної психіатричної допомоги» <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/z0314-07>
2. Alzheimer’s Association Report 2014 Alzheimer’s disease facts and figures Alzheimer’s Association // Alzheimer’s & Dementia. – 2014. – № 10. – P. 47–92.
3. Day care for dementia patients from a family caregiver’s point of view: A questionnaire study on expected quality and predictors of utilization / C. Donath, A. Winkler, E. Graessel, K. Luttenberger // BMC Health Services Research. – 2011. – № 11. – P. 76 p.
4. Dementia a public health priority. World Health Organization 2012. Retrieved from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf
5. Dementia in long-term care homes: direct care workers difficulties / A. Barbosa, M. Nolan, L. Sousa, D. Figueiredo // Elsevier. Procedia – Social and Behavioral Sciences. – 2014. – № 140. – P. 172–177.
6. Gutzmann H. Dementia: Notes on the Care in Germany / H. Gutzmann, 2014.
7. Hara K. Dementia Policy in Japan. Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) Japan 25 pages http://www.igakuken.or.jp/english/e_research/symposia_workshop/2013_0129sympo/pdf/list00.pdf
8. How will we care? Finding sustainable long-term care solutions for an ageing world // Re Swiss Re sigma. – 2014. – № 5. – P. 1–34.

9. http://caritasua.org/index.php?option=com_content&view=article&id=44&Itemid=90&lang=uk
10. <http://www.hesed.lviv.ua/ru/medicine.html>
11. Schwarzkopf L. *Excess costs of dementia disorders and the role of age and gender - an analysis of German health and long-term care insurance claims data* / L. Schwarzkopf, P. Menn, R. Leidl // *BMC Health Services Research*. – 2012. – № 12. – P.165.
12. *Stress, PTSD, and dementia* / M. Greenberg, K. Tanev, M. Marin, R. Pitman // *Alzheimer's & Dementia*. – 2014. – № 10. – P. 155–165.
13. Uribe F.L. *Dementia care networks in Germany: care arrangements and caregiver burden at the DEMNET-d study baseline* / F. L. Uribe, S. Heinrich, J. Gr€aske // *Oral Sessions: O3-08: Dementia Care Practice: Organizing Dementia Care*. – P. 224.

ПРИМЕРЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ДЕМЕНЦИЕЙ В УКРАИНЕ

А.Н. Мишакивская

Увеличение количества людей преклонного возраста, так называемое старение населения, которое наблюдается в развитых странах, в том числе и в Украине, привело к увеличению числа больных деменцией, что создаёт медико-социальные проблемы в обществе, включая семьи, в которых проживают такие больные. Базируясь на опыте других стран, в работе сделан вывод о необходимости реформирования медико-социальных служб по оказанию помощи этой группе людей. Предлагается создание амбулаторных учреждений и прогнозируется их социальный и экономический эффект.

Ключевые слова: деменция, реформы, амбулаторная помощь, экономический эффект.

EXAMPLES OF MANAGING DEVELOPED COUNTRIES FOR ORGANIZING OUTPATIENT CARE WITH DEMENTIA IN UKRAINE

A. Myshakivska

Increasing number of elderly in Europe as well as in Ukraine results into higher number of patients with dementia. Subsequently, this creates medical and social difficulties in the society, especially for close family members as caregivers. Based on the experience of other countries, the conclusion about the urgent need to reform the medical and social care for this group of people is made. As an alternative solution to the existing inpatient care we propose to create adult daycare centers and their high social and economical effectiveness is prognosticated.

Key words: dementia, reforms, outpatient care, economic effect.