

# Болезнь Альцгеймера

ПОЛНОЕ РУКОВОДСТВО  
О БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА И ДРУГИХ ВИДАХ ДЕМЕНЦИИ!  
ДЛЯ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ДЕМЕНЦИЕЙ И ЧЛЕНОВ ИХ  
СЕМЕЙ

Перевод на русский осуществлен под  
редакцией Джойнт-Эшель

Горячая линия и  
информационный  
центр

\*8889

# Предисловие

«ЭМДА» - ассоциация для больных деменцией, болезнью Альцгеймера и подобными заболеваниями в Израиле, запускает обновленное руководство для людей с деменцией и болезнью Альцгеймера и их семей.

В текущем руководстве мы собрали много информации, необходимой для борьбы с болезнью, с акцентом на предоставление новой и актуальной информации.

Руководство включает обширную информацию о заболевании, клиниках и лекарствах, лечении пациента и поведенческих проблемах, информацию о правах и услугах, которые могут и должны использоваться, информацию о деятельности ассоциации и деятельности других органов, услугами которых можно, а иногда и нужно, пользоваться.

Обновленное руководство легко читается, а информация в нем доступна и понятна. Большой упор был сделан на легкость перехода от темы к теме. Важно отметить, что предлагаемая здесь информация носит исключительно информативный характер и не заменяет консультации с квалифицированным специалистом.

Надеемся, что руководство будет способствовать обогащению знаний о болезни и улучшения жизни пациентов и тех, кто о них заботятся.

Мы приветствуем комментарии и предложения по улучшению и оптимизации руководства в будущем.

Всегда к вашим услугам,  
**Др. Нати Блум** Доктор  
психологических наук  
Генеральный директор ассоциации

**Мири Фридман**  
Председатель ассоциации

## СОДЕРЖАНИЕ



**17**

Часть первая  
О заболевании

**39**

Часть вторая  
Забота о человеке с деменцией

**53**

Часть третья  
Права больных и членов их семей,  
осуществляющих уход

**81**

Часть четвертая  
«ЭМДА» Об ассоциации

# ЧАСТЬ ПЕРВАЯ: О заболевании

Изменения в памяти, возникающие в повседневной жизни не являются частью естественного процесса старения.

Обратитесь к лечащему врачу за разъяснениями

## Общие симптомы деменции



Потеря памяти, существенно влияющая на повседневную жизнь



Затруднения в выполнении знакомых задач



Нарушение речевых и коммуникативных навыков



Трудности с идентификацией предметов и людей



Отсутствие ориентации в месте и/или времени



Неверная оценка ситуации  
Нарушение регуляции подавления



Нарушение абстрактного мышления



Изменения в настроении и/или поведении



Изменения личности  
Потеря инициативы



Трудности в повседневном функционировании

## Что такое деменция?

**«Деменция»** описывает состояние, когда происходит снижение когнитивных навыков (память, язык, ориентация, идентификация, инициатива, суждение), изменения личности и поведения в такой степени, что это мешает продолжению повседневной жизни дома, в обществе и/или на работе. Понятие деменции не определяет конкретное заболевание. Многие заболевания, описанные ниже, могут вызвать деменцию.

Симптомы деменции обычно ухудшаются с течением времени. Их характер и скорость variability различаются при различных заболеваниях и от человека к человеку. По мере прогрессирования заболевания пациенту будет все труднее выполнять повседневные действия, и со временем он станет зависимым от других. При тяжёлом ухудшении состояния деменции у больного проявляется умственная слабость, и он начинает нуждаться в уходе и опеке. В большинстве случаев деменция обусловлена дегенеративными процессами в ткани головного мозга. Деменция — это клинический диагноз. В большинстве случаев она неизлечима. Ранняя диагностика может прояснить причины снижения когнитивных функций, выявить состояния, которые могут вызвать ухудшение и обратимые состояния, которые могут реагировать на лечение.

## Масштабы явления

Предполагаемое количество пациентов в Израиле - более 150 тысяч. По оценкам, в мире насчитывается около 50 миллионов человек, страдающих деменцией. Ожидается, что по мере старения населения их число будет увеличиваться.

Распространенность деменции оценивается примерно в 10% лиц в возрасте 65 лет и старше, около 37% лиц в возрасте 74 лет и старше и около 30% лиц в возрасте 85 лет и старше. По оценкам, в мире насчитывается около 4 миллионов человек в возрасте до 65 лет, страдающих деменцией. Деменция чаще встречается у женщин. Предполагается, что 65% людей, страдающих деменцией, это женщины. Течение когнитивного спада у индивида нельзя предсказать с уверенностью.

Болезнь Альцгеймера является наиболее распространенной причиной деменции.

Мужчина в возрасте 65 лет и старше имеет 9% риск развития болезни Альцгеймера в течение своей жизни, в то время как женщина в возрасте 65 лет и старше имеет 17% риск развития болезни Альцгеймера в течение своей жизни. Редко заболевание выявляется у людей в возрасте 65 лет и младше. Причина этого до сих пор неизвестна. У людей 65 лет и старше средняя продолжительность жизни после постановки диагноза болезни Альцгеймера составляет 4–8 лет. Некоторые пациенты будут жить до 20 лет после постановки диагноза.

## Симптомы деменции

● Нарушение способности учиться и запоминать события, произошедшие в краткосрочной перспективе.

Дальнейшее ухудшение долговременной памяти.

- Сложность выполнения знакомых заданий.
- Нарушение языковых и коммуникативных навыков.
- Сложность идентификации объектов и людей.
- Дезориентация в месте и/или времени.
- Неверная оценка ситуации / отсутствие торможения.
- Нарушение абстрактного мышления.
- Изменения в настроении и поведении.
- Изменения личности.
- Потеря инициативы.
- Трудности в повседневном функционировании, включая купание, одевание, прием лекарств и т.д.

## Здоровое старение

**Память:** Люди иногда забывают имена или встречи. Обычно они вспоминают о них позже.  
Бывает, что они не помнят, куда кладут вещи. Обычно они способны воспроизвести последнее действие. Иногда они используют вспомогательные средства памяти, такие как телефонные записи/уведомления.

**Планирование и устранение проблем:** иногда возникают ошибки в финансовом поведении. Обычно больные замечают это и пытаются исправить и обратиться за помощью.

**Навыки:** Иногда требуется помощь в работе с бытовой техникой, обычно, когда речь идет о новой технике.

**Ориентация:** Обычно они не ориентированы на текущий день недели. Часто самостоятельно вспоминают или уточняют.

**Распознавание:** нарушение зрения, обычно вызванное плохим зрением (катаракта).

**Языковые навыки:** во время разговора они могут не найти нужного слова. Обычно слова вспоминаются позже.

## Старение с деменцией

Дефицит памяти обычно проявляется на ранних стадиях заболевания. Больные забывают события, встречи и задания, сбиваются с пути даже в знакомой обстановке, повторяют вопросы, не помнят, где находятся предметы, и не могут воспроизвести свои действия, чтобы вспомнить. Иногда они обвиняют окружающих в воровстве. При использовании вспомогательных средств памяти, таких как записи и телефонные напоминания, некоторые не помнят их просмотреть. Часто обращаются за помощью к своему партнеру или опекуну.

Больные не способны заниматься деятельностью, требующей планирования, последующих операций, точности, следования инструкциям и учета. Иногда они не могут выполнять простые арифметические задачи. Заметно, что им трудно поддерживать концентрацию. Их поведение становится замедленным.

Трудности с выполнением и завершением действий, которые были рутинными и выполнялись без затруднений в прошлом. Людям трудно выполнять задачи, которые они взяли на себя, или ехать в определенное место назначения.

Часто, на ранних стадиях заболевания, наблюдается дезориентация на месте и во времени, которая ухудшается с прогрессированием деменции. Пациенты иногда перестают ориентироваться в своих семейных и социальных отношениях.

Люди могут не распознавать лица, предметы или места, где они находятся. Иногда у них возникают проблемы с оценкой расстояния, размера, или распознавания цвета.

Распространенным явлением являются трудности с поиском слов при разговоре, использование неправильных имен или слов, или использование слово «это». Иногда проявляется недостаток в понимании того, что говорится. Пациенты испытывают трудности с пониманием прочитанного. Они часто не могут объяснить себя.

Здоровое старение	Старение с деменцией
<p><b>Процессы оценки и принятия решений:</b> иногда принимаются ошибочные выводы или неправильные решения.</p>	<p>Появляются трудности в управлении финансами и/или принятии медицинских решений. Иногда пациенты не заботятся о своей гигиене так, как раньше.</p>
<p><b>Работа и повседневная деятельность:</b> иногда люди меньше интересуются и осведомлены о семейных вопросах.</p>	<p>Больные не могут выполнять требования своей работы, часто избегают профессиональной, общественной и семейной деятельности. Круг интересов сужается.</p>
<p><b>Настроение, поведение, личность:</b> Настроение, поведение, личность: люди изменяют свое поведение, чтобы оно стало регулярным и упорядоченным, и злятся, когда распорядок дня меняется.</p>	<p>Пациент и/или окружающие замечают изменения в поведении, часто сопровождающиеся снижением мотивации, плохим настроением и иногда подозрительностью. Они могут легко раздражаться без видимой причины. Члены семьи и друзья сообщают об изменениях в личности.</p>



## Признаки, которые могут указывать на снижение когнитивных функций

При появлении следующих симптомов рекомендуется обратиться к семейному врачу и получить консультацию специалиста по диагностике когнитивных нарушений и деменции (врач, невролог, психиатр или гериатр, специализирующийся на заболеваниях, которые указывают на когнитивные нарушения и деменцию) для оценки состояния.

### Ухудшение памяти, влияющее на повседневное функционирование человека

Обычно иногда забывают задания, имена или номера телефонов и вспоминают их позже. При болезненных состояниях дефицит памяти достигает такой степени тяжести, что это мешает нормальному и рутинному функционированию на работе и в повседневной жизни.

### Сложность выполнения знакомых заданий

Занятые люди могут «забыть» рагу в духовке и вспомнить, что они хотели подавать его только в конце еды. Людям с деменцией трудно вспомнить, как готовить блюда, которые они готовили много раз в прошлом, и даже забыть, что они приготовили еду или что ее следует подавать.

### Расстройство языковых навыков

У каждого человека время от времени возникают проблемы с поиском слов и наименований. Он может забыть слово, которое вспомнит позже и без труда поймет, что ему было сказано, и сможет выразить свои пожелания и идеи. Различные заболевания вызывают деменцию, и каждое из них имеет характерные нарушения языковых функций. Некоторым больным трудно найти слова, иногда они используют подходящие или неподходящие альтернативные слова, а иногда используется неверная грамматическая структура предложений. Некоторым трудно понять, что им говорят, а некоторые больше не могут читать и/или писать. При прогрессировании заболевания есть пациенты, речь которых становится неясной и непонятной, а есть те, кто перестает говорить вообще.

### Дезориентация во времени и месте

Проявляются нарушения с определением дат и направлений. Люди с деменцией могут сбиться с пути в своем непосредственном окружении, а также в своем доме. Иногда они не узнают свое окружение или место, где они находятся, и не знают, как вернуться домой. Некоторые не узнают свой дом и желают вернуться домой.

### Неверная оценка ситуации

Часто человек с деменцией не осознаёт тяжести функциональных нарушений, вызванных заболеванием, и у него нарушены процессы принятия решений и оценки. Человек может вести себя опасно для себя и других, часто уже не в состоянии нести ответственность за своих детей или родителей, а также принимать решения по медицинским и/или финансовым вопросам, как он это делал, когда был здоров и в соответствии со своими желаниями, сформированными в здоровом состоянии. Он может подвергаться враждебному влиянию. Иногда он одевается так, что не соответствует погоде.

### Трудность выполнения действий, требующих абстрактного мышления

У человека с деменцией часто нарушены способности к планированию и выполнению финансовых операций, а также пониманию юмора и афоризмов. На ранних стадиях заболевания может появиться потеря способности выполнять арифметические задачи.

### Неправильное размещение вещей, когда они оказываются не на своих местах.

В отличие от здорового человека, человек с деменцией может забыть, куда он положил свои вещи, и не сможет вспомнить свои действия, чтобы найти их. Иногда он размещает свои вещи в неподходящих местах (например, утюг в морозильной камере или часы в контейнере для сахара), а некоторые не узнают предмет, который ищут. Все это затрудняет поиск потерянных предметов как для пациента, так и для тех, кто за ним ухаживает.

## **Изменения настроения и/или поведения**

Все иногда страдают от перепадов настроения. Человек с деменцией иногда становится апатичным, иногда раздражительным, и его настроение может быстро меняться от спокойного и расслабленного до гнева и слез без видимой причины.

## **Изменения личности**

Когнитивные и поведенческие нарушения, возникающие при деменции, иногда вызывают изменения в личности человека. Спокойный и комфортный человек может стать раздражительным, суетливым и подозрительным или покорным, как никогда раньше. Деменция часто делает людей апатичными, так что человек проявляет недостаток заботы в отношениях с людьми, которые были близки ему в прошлом.

## **Потеря инициативы**

Человек с деменцией может стать пассивным и нуждаться в поощрении и поддержке для выполнения задач (иногда одевания, купания) и активного участия в различных мероприятиях.

## **Непрерывный процесс ухудшения когнитивных функций**

Клиническое течение пациентов с ухудшением когнитивных функций принято описывать как континуум (непрерывность). На начальных стадиях начинает происходить повреждение головного мозга, но человек и его окружение обычно ничего не чувствуют, так как когнитивные функции, поведение и повседневное функционирование не повреждаются. Позже - изменяются когнитивные и/или поведенческие функции. Нарушения легкие, значительного функционального снижения нет. Эта стадия определяется как умеренное снижение когнитивных способностей. Тяжесть когнитивных и/или поведенческих нарушений, которые нарушают нормальное функционирование, определяется как деменция. В зависимости от тяжести когнитивных, поведенческих и функциональных нарушений степень тяжести деменции определяется как легкая, умеренная или тяжелая.

**Легкие когнитивные нарушения (MCI)** определяются как состояние, при котором человек в возрасте 50 лет и старше страдает от нарушений памяти и/или других когнитивных функций легкой степени тяжести и выше ожидаемого в его возрасте, однако способность функционировать не нарушена, и это не деменция. MCI является фактором риска развития деменции.

Умеренное поведенческое расстройство определяется, когда первым выражением ухудшения является поведенческое расстройство.

## **Распространенные заболевания, которые вызывают снижение когнитивных функций и деменцию**

### **Болезнь Альцгеймера**

Болезнь Альцгеймера является наиболее распространенной причиной деменции. Около 60% людей, живущих с деменцией, страдают болезнью Альцгеймера. Болезнь была впервые описана в 1906 году немецким врачом по имени Алоис Альцгеймер, который диагностировал заболевание у 51-летней женщины и задокументировал патологические изменения в ее мозге.

Болезнь Альцгеймера часто вначале характеризуется ухудшением памяти. Позже добавляются дефициты языковых навыков и ориентации, поведенческие расстройства, трудности планирования и неудачи в принятии решений. Потеря когнитивных способностей постепенно приводит к ухудшению функционирования и появлению трудностей в повседневных функциях.



Болезнь Альцгеймера — это заболевание людей пожилого возраста, обычно возрасте 65 лет и старше. После 65 лет процент заболеваемости удваивается каждые 5 лет и достигает до 50% в возрасте старше 90 лет. Примерно в 10% случаев заболевание вспыхивает у людей в возрасте до 65 лет. В этих случаях симптомы иногда нетипичны. На первой стадии обычно нарушаются языковые, зрительные или поведенческие функции. Потеря памяти проявляется позже.

Патология при болезни Альцгеймера характеризуется отложением амилоидного белкового материала, оседающего в тканях головного мозга и стенках его сосудов, а также образованием нейрофибриллярных клубков из-за отложений тау-белка, который подвергается гиперфосфорилированию в нервных клетках головного мозга. Отложения амилоида и тау-белка считаются токсичными и вредными для клеток мозга. Отложения белка вместе с разрушенными клетками мозга создают «бляшки», вокруг которых появляются воспалительные компоненты и иммунные клетки. Патологические процессы в головном мозге развиваются в течение многих лет и постепенно ухудшают способность клеток мозга общаться друг с другом и обрабатывать информацию, необходимую для нормальных когнитивных и поведенческих процессов.

Точная диагностика болезни Альцгеймера возможна только при наличии признаков амилоидных и тау-белков, характерных для болезни Альцгеймера. Эти белки определяют болезнь Альцгеймера и не встречаются при других заболеваниях, вызывающих деменцию. Раньше наличие этих белков можно было продемонстрировать только с помощью патологических исследований. Теперь можно диагностировать патологические компоненты болезни Альцгеймера с помощью биомаркеров в жидкостях организма (спинномозговая жидкость, кровь) и ПЭТ-тестов, как упоминалось выше, диагностика с помощью биомаркеров имеет важное значение для точной диагностики и корректировки оптимального лечения.

Причины болезни Альцгеймера до сих пор неясны. В меньшинстве случаев заболевание передается по наследству (см. расширение в разделе «Генетика»). Люди с синдромом Дауна подвергаются высокому риску развития болезни Альцгеймера уже в среднем возрасте.

Пока не существует профилактического или терапевтического лечения болезни Альцгеймера. Существующие методы лечения включают «симптоматическое лечение», которое лечит симптомы заболевания, и «лечение, изменяющее течение заболевания», эффективность которого была продемонстрирована на стадиях, когда когнитивно-поведенческое снижение характеризуется умеренным когнитивным снижением или легкой деменцией. См. расширенное объяснение в разделе Лечение деменции.

### **Сосудистые когнитивные нарушения (СКН)**

Снижение когнитивных функций и деменция, вызванные повреждением кровеносных сосудов головного мозга и недостаточным кровоснабжением, называются сосудистыми когнитивными нарушениями. Тяжесть нарушения может быть «умеренным когнитивным снижением» или деменцией, известной как сосудистая деменция. Повреждение кровеносных сосудов головного мозга может быть обнаружено примерно у 80% всех пациентов с деменцией в результате любого заболевания. В случаях сосудистого когнитивного нарушения основное повреждение головного мозга вызывается недостаточным притоком крови к мозговой ткани. Когнитивное снижение или деменция могут возникать после определенного события, такого как инсульт, или развиваться постепенно. В этом случае отправная точка неясна. Кальцинаты в стенках кровеносных сосудов, блокирующие тромбы или вызывающие кровотечения, приводят к прогрессирующему ухудшению состояния головного мозга.

Курение, диабет, гипертония, высокий уровень липидов в крови, гиперкоагуляция и нерегулярная частота сердечных сокращений являются факторами риска снижения когнитивных функций сосудов. Предполагается, что «чистая» сосудистая деменция без признаков дополнительной патологии головного мозга ответственна примерно за 10% пациентов, страдающих деменцией и обращающихся в общественные клиники. Около 30% пациентов в клиниках имеют дело со смешанной деменцией, на фоне одного из дегенеративных заболеваний головного мозга, которое возникает одновременно с

сосудисто-мозговым заболеванием. Эффективное лечение факторов риска позволит предотвратить и/или свести к минимуму повреждение тканей головного мозга. Для снижения риска сосудистых заболеваний рекомендуется вести здоровый и активный образ жизни в любом возрасте. Необходимо соблюдать эффективное лечение и управлять факторами риска, чтобы предотвратить инсульт и другие когнитивные нарушения, даже у пациентов с уже существующим когнитивным нарушением, деменцией или перенесшим инсульт. См. расширенное объяснение в разделе «Профилактика деменции».

### **Деменция с тельцами Леви (ДТЛ)**

Эта форма деменции получила свое название от крошечных белковых сферических структур, которые развиваются внутри нервных клеток (тельца Леви). Болезнь, по видимому, нарушает когнитивные функции и поведение, а также вызывает признаки болезни Паркинсона, которые появляются один за другим в течение года. Пациенты часто страдают от беспокойства, когнитивного недомогания и зрительных галлюцинаций. Расстройство поведения в фазе быстрого сна (РПБС) (REM Sleep Behavioral Disorder), которое иногда происходит за много лет до начала когнитивных или моторных изменений. Профилактического лечения не существует. Пациенты с деменцией с тельцами Леви иногда реагируют на «симптоматические» препараты, известные при болезни Альцгеймера. См. расширенное объяснение в разделе «Лечение деменции» и «Сон».

### **Лобно-височная деменция (ЛВД) (Fronto-temporal dementia)**

Лобно-височная деменция (ЛВД) — это название группы заболеваний, клинически характеризующихся одним или несколькими из следующих симптомов: изменения в поведении, нарушения языковых функций и двигательные расстройства. ЛВД является причиной около 10% всех случаев деменции и около 20% случаев деменции в возрасте 65 лет и моложе. Симптомы заболевания обычно быстро ухудшаются, однако в некоторых случаях наблюдается медленное течение заболевания. Лобно-височная деменция характеризуется истощением лобных и височных долей головного мозга. Патологические изменения могут варьироваться. На поздних стадиях лобно-височная деменция иногда напоминает деменцию при болезни Альцгеймера.

ЛВД — это неизлечимое заболевание. Однако симптоматическое лечение может быть эффективно для облегчения поведенческих расстройств.

### **Болезнь Крейтцфельда-Якоба (БКЯ)**

Это дегенеративное и неизлечимое заболевание, вызванное прионом, специальным белком, который поражает клетки мозга и приводит к их разрушению. Это заболевание связано с коровьим бешенством, аналогичным заболеванием, поражающим крупный рогатый скот. Болезнь Крейтцфельда-Якоба вызывает снижение когнитивных функций и/или изменения в поведении, а также может сопровождаться нарушениями зрения, двигательными изменениями и эпилептическими припадками. Заболевание быстро прогрессирует и приводит к смерти в течение нескольких месяцев. БКЯ появляется в популяции случайным образом и редко передается по генетической наследственности. В Израиле находится крупнейшая в мире совокупность генетического типа болезни Крейтцфельда-Якоба. Передачу заболевания из поколения в поколение можно предотвратить с помощью ЭКО и преемственной диагностики, даже не зная статуса носителя у родителя.

### **Снижение когнитивных функций и деменция в результате инфекции головного мозга**

Любая инфекция головного мозга может повредить ткань мозга. В результате повреждения головного мозга может быть показано снижение когнитивных функций и/или деменция. Таким образом, инфекционный агент должен быть оптимально и как можно быстрее обработан. Сифилис был распространенной причиной деменции в конце XIX века.

Комплекс деменции, связанный с ВИЧ, или ВИЧ-ассоциированная деменция: ВИЧ является одной из причин деменции у инфицированных пациентов, которые не получают лечения. Вирусные инфекции (такие как ВИЧ, вирус простого герпеса) находящиеся в бактериях, грибах или паразитах могут вызывать деменцию.

### **Снижение когнитивных функций и деменция в результате иммунного энцефалита (autoimmune encephalitis)**

Это группа заболеваний, при которых иммунная система продуцирует антитела, которые атакуют ткани головного мозга и/или другие компоненты нервной системы. Воспаление обычно протекает остро или подостро и включает комбинацию когнитивных и поведенческих симптомов. Судороги, изменения сознания и непроизвольные движения часто появляются на ранних стадиях. Диагноз ставится на основании клинических показаний. Иногда могут быть обнаружены антитела, вызывающие заболевание. Быстрое и надлежащее лечение может предотвратить или уменьшить повреждение головного мозга и, таким образом, предотвратить долгосрочные когнитивно-поведенческие нарушения.

### **Деменция из-за повторных травм головы (Хроническая травматическая энцефалопатия-ХТЭ)**

Редкий синдром. Деменция появляется спустя годы после того, как пациент получил рецидивирующие травмы головы. Синдром был описан у спортсменов и людей, перенесших повторные травмы головы (боксеры, футболисты, травмы от взрывов). Диагностика ХТЭ проводится исключительно в клинических условиях. Симптомы заболевания можно лечить препаратами, действие которых «симптоматическое». Чтобы предотвратить эту деменцию, рекомендуется максимально избегать повторных травм головы (ношение шлема на спортивных мероприятиях и устранение препятствий, которые могут вызвать падения).

### **Синдром Вернике-Корсакова**

Этот синдром наблюдается у алкоголиков, а также может быть вызван нарушением снабжения мозга кислородом во время операции, у беременных женщин, страдающих рецидивирующей рвотой, или после операции на желудке. Пациенты страдают нарушениями памяти, но обычно не испытывают проблем с ориентацией или языковыми функциями. Ранняя диагностика и своевременное, адекватное лечение могут предотвратить снижение когнитивных функций.

### **Сахарный диабет**

Сахарный диабет, особенно сахарный диабет 2 типа, ускоряет ухудшение когнитивных функций. С другой стороны, диабетики, страдающие от снижения когнитивных функций, часто испытывают трудности с лечением своего заболевания и нуждаются в помощи и контроле в поддержании приема лекарств и соответствующей диеты, чтобы сбалансировать значения сахара и артериального давления. Поддержание сбалансированного уровня глюкозы в крови снижает риск снижения когнитивных функций.

### **Обратимая деменция**

Иногда при лечении основного заболевания появляются клинические признаки преходящей деменции. Обратимый синдром был описан в связи с дефицитом витаминов (таких как В12), воспалением мочевыводящих путей, высокой температурой, опухолями, снижением функции щитовидной железы и депрессией. (См. расширение в разделе «Факторы риска» и разделе «Лечение психического и поведенческого синдрома»).

## Деменция в молодом возрасте

Деменция, синдромы которой возникают в возрасте от 18 до 65 лет и ранее, определяется как деменция в молодом возрасте. Среди дегенеративных заболеваний, вызывающих деменцию в молодом возрасте, наиболее распространёнными являются болезнь Альцгеймера и лобно-височная деменция. Генетические заболевания и травмы головы также являются распространёнными причинами деменции у молодых людей. Признаки когнитивно-поведенческих нарушений в молодом возрасте иногда отличаются от признаков у взрослых. Нарушения речи, трудности с пространственной ориентацией, изменения личности и поведения, а также двигательные трудности часто предшествуют снижению памяти. На ранних стадиях заболевания могут возникать припадки. Точная диагностика деменции раннего возраста может быть сложной задачей, требующей знаний и опыта. Деменция может возникать у ряда членов семьи в каждом поколении. Генетическая причина часто неясна. В меньшинстве случаев генетическая причина известна и диагностирована (см. расширение в разделе «Деменция и семья»).

Медикаментозное лечение деменции раннего возраста определяется заболеванием, вызывающим деменцию, и клиническими показаниями.

Деменция раннего возраста оказывает значительное влияние на семью, особенно когда когнитивно-поведенческое ухудшение происходит в молодом возрасте. Молодые пациенты, которые обычно все еще работают, больше не могут обеспечивать свою семью. Болезнь вредит средствам к существованию, поведению и отношениям в семье. Жизнь рядом и уход за пациентом, страдающим деменцией в молодом возрасте часто сопровождается стрессом у супругов и детей. Процессы принятия решений в семье меняются и могут пойти наперекосяк. Супруги и дети пациента часто нуждаются в помощи и поддержке, чтобы наилучшим образом справиться со сложностями и с пациентом.

## Деменция в старости

Деменция у людей в возрасте 65 лет и старше обычно появляется в связи с большим количеством дополнительных патологий головного мозга, в основном сосудистых заболеваний, болезни Леви и других видов патологических белковых отложений. Специфическая патология при болезни Альцгеймера может представлять собой первичную, вторичную или частичную патологию. Иногда патологические отложения белка могут быть типичными для болезни Альцгеймера и/или других деменций без наличия деменции в течение жизни.

## Диагностика деменции

Хотя снижение когнитивных функций и деменция распространены среди населения, людям часто ставят диагноз спустя годы после того, как они начали испытывать начальные симптомы. Иногда большой не осознает наличие трудностей. Даже когда человек и/или члены семьи знают о трудностях, первые симптомы иногда объясняются усталостью, плохим настроением или возрастными симптомами. Иногда пациент или его семья не обращаются к диагнозу из-за мысли, что «все равно ничего не поделаешь», а иногда из-за стыда и страха, что о существовании болезни станет известно.

Ранняя диагностика важна и приводит к правильному лечению. Деменция определяется клиническим диагнозом. Диагностика требует профессиональных знаний и является, прежде всего, обязанностью семейного врача. В рамках диагностического процесса исключаются заболевания с симптомами, сходными с деменцией, и предлагается лечение, наиболее подходящее для заболевания и состояния пациента.

Профессиональные врачи, неврологи, гериатры и психиатры из местных больниц и специализированных клиник памяти, являются экспертами в диагностике и лечении пациентов, страдающих когнитивной дисфункцией.



**Рекомендация: Важно проконсультироваться со специалистом в следующих случаях:**

- Диагноз неясен
- Симптомы быстро ухудшаются
- Возраст пациента менее 65 лет
- Начальные поведенческие симптомы
- Ознакомьтесь с показаниями для новых или экспериментальных тестах и методах лечения

**Многопрофильные клиники памяти работают в больницах и по договоренности с больничными кассами.**

В этих клиниках сосредоточены профессионалы, которые являются экспертами и имеют опыт в диагностике и лечении симптомов, возникающих в результате когнитивных нарушений в целом, болезни Альцгеймера и других заболеваний деменции, в частности. Персонал клиники ставит диагноз и рекомендует соответствующее лечение, а члены семьи получают рекомендации и наставления. Поскольку клинические проявления различных заболеваний могут различаться, точный диагноз и рекомендации имеют огромное значение для пациента и его семьи.

Рекомендация: Проконсультируйтесь с персоналом клиники о соответствующих способах связи и финансовых обязательствах.

## Деменция и семейная жизнь

При большинстве дегенеративных заболеваний, характеризующихся снижением когнитивных функций, можно указать на наследственные факторы риска, которые способствуют появлению клинических признаков.

**Деменция, проявляющаяся в пожилом возрасте:** В пожилом возрасте у большинства людей с деменцией наблюдаются поражения головного мозга смешанного происхождения, дегенеративные изменения и нарушение кровоснабжения головного мозга (сосудистые изменения). Существует наследственный компонент сердечно-сосудистых заболеваний, поэтому большое значение имеет поддержание здоровья мозга (см. расширение в разделе о здоровье мозга).

Болезнь Альцгеймера, которая вспыхивает в пожилом возрасте, обычно вспыхивает случайным образом, хотя иногда в одной семье может быть несколько пациентов. Выяснилось, что наличие гена ApoE4 повышает риск развития болезни Альцгеймера в любом возрасте. Во взрослом возрасте носители ApoE4 по гетерозиготному типу имеют в четыре раза более высокий риск развития болезни Альцгеймера, чем неносители. При этом, если они заболеют, то болезнь проявится в более молодом возрасте по сравнению с неносителями. У носителей гена ApoE4 по гомозиготному типу (наследованного как от отца, так и от матери) риск заболеть болезнью Альцгеймера в 10 раз выше, чем у неносителей. Наличие гена ApoE4 повышает риск развития болезни Альцгеймера, но не гарантирует её возникновение. Таким образом, наличие этого гена не позволяет поставить диагноз болезни Альцгеймера. В 2023 году американское FDA одобрило препарат для лечения болезни Альцгеймера, действующий через иммунный механизм. См. расширение в разделе о препаратах, которые изменяют течение заболевания. Носители гена ApoE4 подвержены риску развития серьезных побочных эффектов в результате лечения. Для предотвращения серьезных побочных эффектов необходимо уточнить статус носителей гена ApoE4 перед использованием данных препаратов.

**Когда снижение когнитивных функций и деменция начинаются в молодом возрасте,** семейный фактор обычно играет более значительную роль по сравнению с заболеванием, начавшемся в более старшем возрасте. Люди, у которых деменция была диагностирована в молодом возрасте, часто сообщают о наличии других членов семьи с деменцией, а иногда и нескольких членов семьи в каждом поколении. В этих случаях подозревается,

что это генетическое или наследственное заболевание. Зачастую невозможно выявить дефектный ген, вызывающий заболевание. Иногда удается диагностировать генетический дефект, вызывающий деменцию.

Мутации (нарушения в наследственном материале), которые вызывают деменцию, могут проявляться по-разному в одной семье и между разными семьями. Обычно синдромы деменции возникают в одном и том же возрасте в одной и той же семье, но это не всегда так, и возможно, что деменция может появиться в разном возрасте в одной и той же семье с интервалом до 30 лет. При подозрении на семейную деменцию рекомендуется обратиться за консультацией к специалисту по заболеваниям, вызывающим снижение когнитивных функций и деменцию, и рассмотреть возможность обращения к генетическому консультанту. Клинические генетические клиники есть во всех медицинских учреждениях, в том числе в учреждениях общественной медицины.

Не рекомендуется подавать заявку на генетическое тестирование до проведения консультации с профессионалом о типе необходимого тестирования и выяснения возможных последствий генетического консультирования. Важно учитывать аспекты конфиденциальности, медицинской страховки, обмена информацией между членами семьи, а также возможные тревогу и страх перед результатами. В большинстве случаев генетическое тестирование не входит в корзину медицинских услуг в сфере здравоохранения.

Помимо точности диагноза, идентификация генетического дефекта или дисперсии важна для планирования беременности, чтобы предотвратить передачу заболевания следующему поколению. Передачу заболевания из поколения в поколение можно предотвратить с помощью ЭКО и преемплантационной диагностики, даже не зная статуса носителя у родителя.

Кроме того, генетическая диагностика иногда позволяет четко адаптироваться к существующим и экспериментальным методам лечения.

**Гетерозигота:** у человека с гетерозиготой есть две разные формы (аллели) одного и того же гена, контролирующего определенный наследственный признак. В случае AроE4 гетерозигота несет одну копию этого гена.

**Гомозигота:** у человека с гомозиготой имеются две идентичные формы (аллели) одного и того же гена, контролирующего определенный наследственный признак. В случае AроE4 гомозигота несет две копии гена.

## Поддержание здоровья мозга и снижение риска развития деменции

Престарелый возраст является основным фактором риска ухудшения когнитивных функций и появления деменции. Однако важно подчеркнуть, что ухудшение когнитивных функций не является неизбежным процессом, который происходит с возрастом. Была продемонстрирована тесная связь между факторами риска, поддающимися профилактике и/или лечению, и ухудшением когнитивных функций.

Вот шаги, которые вы можете предпринять, чтобы уменьшить доказанные факторы риска, которые способствуют признакам снижения когнитивных функций и деменции.

**Оптимальное лечение и баланс фоновых заболеваний:** доказано, что контроль диабета, артериального давления, липидов в крови, массы тела, сердечных заболеваний и других заболеваний помогает здоровью мозга. Следует соблюдать график плановых обследований и принимать назначенное лечение по указаниям лечащего врача.

**Физическая активность:** доказано, что физическая активность (150 минут в неделю при умеренной интенсивности, увеличение частоты сердечных сокращений) полезна для здоровья тела и смягчает снижение когнитивных функций у здоровых людей и тех, у кого диагностировано снижение когнитивных функций. Физическая активность помогает организму снизить стресс, улучшить настроение и повысить уровень энергии. Всегда корректируйте интенсивность физических нагрузок в соответствии с вашим возрастом и состоянием здоровья.

**Здоровая и сбалансированная диета:** доказано, что средиземноморская диета,

включающая разнообразные фрукты и овощи, с низким содержанием транс-жиров и насыщенных жиров, а также минимальным содержанием животных жиров, замедляет снижение когнитивных функций у здоровых людей и у пациентов с диагностированными когнитивными нарушениями. Рекомендуется придерживаться диеты, богатой миндалем, оливковым маслом, рыбой, фруктами, овощами и зерновыми, избегая при этом красного мяса с высоким содержанием холестерина, животных жиров и вредных углеводов (например, сладостей с высоким содержанием технического сахара).

**Пищевые добавки и витамины:** вопрос о пользе пищевых добавок и витаминов вызывает разногласия. Рекомендуется проконсультироваться с лечащим врачом.

**Потребление воды:** регулярное питье 8–10 стаканов воды в день помогает улучшить концентрацию внимания, при условии отсутствия противопоказаний.

**Курение:** Избегание курения полезно для замедления снижения когнитивных функций у здоровых людей и тех, у кого уже есть когнитивные нарушения, наряду с положительным воздействием на физическое и психическое здоровье.

**Потребление алкоголя:** ежедневное употребление около 50 кубических сантиметров красного вина помогает замедлить ухудшение когнитивных функций как у здоровых людей, так и у тех, у кого диагностированы когнитивные нарушения.

**Травмы головы:** являются фактором риска снижения когнитивных функций и деменции как в краткосрочной перспективе после травмы, так и в течение многих лет после нее. Всегда используйте ремень безопасности, находясь за рулем. Для предотвращения падений следует остерегаться препятствий как в доме, так и вокруг него.

**Тренировка мозга и упражнения на когнитивное обогащение:** рекомендуется в любом возрасте для здоровых людей и для тех, у кого диагностировано снижение когнитивных функций. Регулярное обучение, практика и обновление знаний снижают риск возникновения когнитивных нарушений и деменции в краткосрочной перспективе. Рекомендуется изучать и практиковать новые области знаний, такие как иностранный язык, музыка, чтение, мыслительные игры и хобби. Неясно, имеют ли когнитивные тренировки, такие как мобильные приложения и компьютерные игры, долгосрочный эффект.

**Социальная жизнь:** Было установлено, что деятельность в семье, дома и вне дома (контакты с друзьями, волонтерская деятельность, клубы) и ведение активной социальной жизни полезны для поддержания повседневных функций и поднятия настроения.

**Сон:** нарушения сна увеличивают риск развития деменции и имеют тенденцию усугубляться по мере прогрессирования заболевания. При нарушениях сна рекомендуется обратиться за консультацией и следовать рекомендациям по лечению. См. расширение в разделе «Лечение расстройств сна».

**Борьба со стрессорами:** хронический стресс может повредить структуры мозга, отвечающие за память. Рекомендуется использовать техники расслабляющей практики, такие как медитация, физические упражнения, общение с друзьями и проведение времени на природе.

**Депрессия:** депрессия в любом возрасте является фактором риска развития деменции. Решение о медикаментозном вмешательстве должно основываться на тяжести депрессии, состоянии здоровья пациента, принимаемых дополнительных лекарственных препаратах и проявляющихся у него депрессивных симптомах.

**Нарушение слуха:** возрастная потеря слуха часто встречается у взрослых и является фактором риска снижения когнитивных функций. Существует множество факторов, способствующих этой взаимосвязи, включая повреждение тканей головного мозга и социальную изоляцию. В случае нарушения слуха здоровым людям и людям с когнитивными нарушениями рекомендуется пройти медицинское обследование и, в зависимости от его результатов, рассмотреть возможность использования слуховых аппаратов.

## Терапевтический подход к деменции

Причины снижения когнитивных функций и деменции до сих пор неясны. В большинстве случаев деменция проявляется, когда накопленное повреждение мозговой ткани является тяжелым и вызывает потерю когнитивных функций. Поскольку клетки мозга обычно не способны регенерировать себя, деменция часто представляет собой неизлечимый процесс. В настоящее время не существует эффективного лечения заболеваний, связанных с деменцией. Однако, хотя невозможно вылечить деменцию или значительно отсрочить ее ухудшение с течением времени, существуют методы лечения, которые могут смягчить и замедлить клинические симптомы.

### Стандартный терапевтический подход включает

- а. Профилактические меры и лечение известных факторов риска. См. Расширение в разделе «Поддержание здоровья мозга и профилактика деменции».
- б. Симптоматическое лечение когнитивных нарушений, психических симптомов и поведенческих расстройств. Симптоматическое лечение — это лечение, направленное не на причины заболевания, а на его симптомы.
- в. Лечение, влияющее на причины заболевания и изменяющее его течение.
- г. Немедикаментозное лечение, привлечение сиделок, осуществляющих уход. См. расширение во второй главе текущего руководства.

### Симптоматические препараты: лечение когнитивных, психических и поведенческих симптомов

#### А. Лекарства для лечения психических и поведенческих симптомов

Психические и поведенческие симптомы, такие как депрессия, апатия, бред, галлюцинации, беспокойство, тревога и т. д., очень распространены при всех типах деменции и часто даже предшествуют снижению памяти или других когнитивных функций. Эти симптомы могут быть результатом различных факторов - самой болезни, эмоциональной реакции на болезнь, факторов окружающей среды (таких как поведение родственников), другого заболевания (например, инфекции мочевыводящих путей), боли, дискомфорта и скуки. Первая линия борьбы с этими симптомами немедикаментозная. Она включает выяснение того, как развиваются симптомы (постепенно или остро), проверку состояния здоровья человека и окружающей среды, а также определение факторов, которые могут усилить или ослабить симптомы. Существующие препараты в основном разработаны для лечения других заболеваний. У людей с деменцией эти препараты менее эффективны и могут вызывать побочные эффекты. Их применение следует рассматривать только после того, как немедикаментозные методы лечения исчерпаны. Важно учитывать потенциальный ущерб, который может быть нанесен пациенту с точки зрения его страданий и последствий его поведения для системы поддержки.

Ниже приведена конкретная ссылка на медикаментозное лечение распространенных типов поведенческих расстройств, связанных с деменцией, или тех, которые вызывают наибольший дистресс.

**Медикаментозное лечение депрессии у людей с деменцией:** Исследования, проведенные у пациентов, страдающих депрессией при заболеваниях, связанных с деменцией, не однозначно поддерживают лечение антидепрессантами. Однако, нет достаточной информации об оптимальной продолжительности лечения. Решение о медикаментозном вмешательстве должно основываться на тяжести депрессии, состоянии здоровья человека, других принимаемых лекарствах и проявляющихся в них депрессивных симптомах.

**Варианты медикаментозного лечения беспокойства у людей с деменцией** включают антидепрессанты, антипсихотические препараты (такие как Рисперидон, Оланзапин и т. д.) или бензодиазепиновые седативные средства (такие как Лориван или Вабен). Эти препараты иногда эффективны, однако они сопряжены с риском (падения, повышенный риск смерти или инсульта, ухудшение когнитивных функций). Поэтому их использование следует сопоставить с ожидаемой пользой. Недавно антипсихотическое средство Брекспипразол (Brexipiprazol) было одобрено для лечения беспокойства у людей с болезнью Альцгеймера. Правила и рекомендации, применимые к другим антипсихотическим препаратам для людей с деменцией, также относятся и к этому препарату.

**Каннабис:** Министерство здравоохранения недавно одобрило лечение медицинским каннабисом (препараты, богатые КБД, а не ТГК) для людей с деменцией, страдающих тяжелыми поведенческими расстройствами, которые не реагируют на стандартные методы лечения. Поддержка использования каннабиса для лечения невелика и основана на отдельных и небольших исследованиях.

### **Распространенные расстройства сна, связанные с деменцией, и терапевтические рекомендации**

Многие взрослые страдают от проблем со сном, но людям с деменцией зачастую приходится труднее. Нарушения сна имеют тенденцию ухудшаться по мере прогрессирования деменции и затрагивают до 25% людей с легкой и умеренной деменцией и около 50% людей с тяжелой деменцией.

К частым нарушениям сна относятся:

**Чрезмерная сонливость в течение дня и бессонница**, которые проявляются в затруднении засыпания, беспокойном сне и ранних пробуждениях. Еще одним признаком деменции является **сумеречный синдром (sundown syndrome)**, проявляется преимущественно ближе к вечеру или ночью. Люди могут чувствовать возбуждение, тревогу, агрессивность и растерянность. Ночное блуждание увеличивает риск падений и травм.

**Обструктивное апноэ во сне** также часто встречается у людей с деменцией. Обструктивное апноэ во сне проявляется повторяющимися паузами дыхания во время сна, ночными пробуждениями и не освежающим сном.

### **Расстройство поведения в фазе быстрого сна (РПБС)**

быстрый сон (REM-сон) — это стадия сна, во время которой мы видим сны. В это время тело обычно находится в состоянии паралича конечностей. У тех, кто страдает расстройством быстрого сна, паралич мышц не возникает, что вызывает гипербильность (размахивание руками, ногами, падения). Это расстройство часто встречается при деменции с тельцами Леви.

### **Нарушения сна ухудшают качество жизни пациента и обременяют лицо, осуществляющее уход. Для улучшения качества сна рекомендуется:**

**Лечение фоновых заболеваний:** иногда такие состояния, как депрессия, апноэ во сне или синдром беспокойных ног (СБН), вызывают проблемы со сном.

**Поддержание распорядка дня** полезно поддерживать регулярный распорядок дня, включая время приема пищи, пробуждения и отхода ко сну.

Избегайте использования стимуляторов, таких как алкоголь, кофеин и никотин, которые могут вызвать повышенную бдительность. Рекомендуется ограничить использование этих веществ, особенно в ночное время.

Рекомендуется избегать просмотра телевизора во время бодрствования ночью.

**Физическая активность:** регулярные физические упражнения признаны полезными для улучшения качества сна.

рекомендуется ограничить продолжительность дневного сна до одного часа.

**Спокойная атмосфера:** вечерняя спокойная атмосфера улучшает качество сна. Чтение вслух, воспроизведение успокаивающей музыки и комфортная температура в помещении способствуют этому.

**Освещение:** пребывание при ярком свете в вечернее время смягчает нарушения цикла сон-бодрствование у людей с деменцией. Достаточное освещение ночью снижает беспокойство и агрессивное поведение. Регулярное воздействие дневного света помогает при нарушениях смены дня и ночи.

**Медикаментозное лечение:** Некоторые антидепрессанты, такие как Бупропион и Венлафаксин, могут вызывать бессонницу. Ингибиторы холинэстеразы, такие как Донепезил, могут улучшать когнитивные и поведенческие симптомы у людей с болезнью Альцгеймера, но также вызывают бессонницу. Прием лекарства до ужина, как правило,

улучшает сон. По поводу медикаментозного лечения следует проконсультироваться с врачом.

Лечение Мелатонином: Мелатонин может улучшить качество сна и уменьшить вечернюю агитацию у людей, страдающих деменцией.

**Снотворные препараты:** Несмотря на отсутствие в литературе поддержки использования снотворных препаратов у людей с деменцией, на практике используются препараты семейства бензодиазепинов (например, Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин), других семейств (например, Золпидем), Мелатонин, антипсихотические препараты (например, Сериндол) или антидепрессанты (например, Миртазапин). Недавно в Израиле появился препарат Дайвиго Лемборексант (Dayvigo Lemborexant), механизм действия которого отличается от других препаратов.

Дайвиго уменьшает потребность в повышенной бдительности и может принести пользу людям, которые испытывают трудности с засыпанием и/или страдают бессонницей.

**Рекомендация:** прежде чем начинать медикаментозное лечение нарушений сна, следует проконсультироваться с врачом и убедиться, что нет другой причины нарушения сна (например, одышки из-за сердечной недостаточности) или отсутствия гигиены сна (слишком много сна в течение дня). В любом случае применения снотворных средств, независимо от их механизма действия, необходимо контролировать чрезмерную утомляемость в течение дня и следить за тем, чтобы не было снижения устойчивости и увеличения риска падений.

### **Лекарства для лечения когнитивных и поведенческих симптомов**

Существующие методы лечения основаны на известной патологии болезни Альцгеймера. Эта болезнь характеризуется отложением белков амилоида и фосфо-тау-белка в клетках, которые считаются токсичными для нейронов головного мозга. Повреждение клеток нарушает их активность и способность секретировать нейротрансмиттеры. Нейротрансмиттеры — это молекулы, отвечающие за связь между нервными клетками головного мозга.

На ранних стадиях болезни Альцгеймера происходит повреждение клеток, ответственных за секрецию нейротрансмиттера ацетилхолина. Недостаток ацетилхолина приводит к ухудшению концентрации внимания и памяти, что усугубляется по мере прогрессирования болезни Альцгеймера.

### **Донепезил, Ривастигмин, Реминил**

Препараты Донепезил (Арисепт, Асента, Меморит, Донепезил), Ривастигмин (Экселон в капсулах и пластырях, и Глантамин (Реминил) повышают уровень ацетилхолина в головном мозге за счет ингибирования его разложения. Ацетилхолин естественным образом расщепляется катализатором, называемым ацетилхолинэстеразой. Эти лекарственные средства ингибируют этот катализатор и поэтому называются ингибиторами ацетилхолинэстеразы.

Побочные эффекты, общие для этих препаратов, включают тошноту, рвоту, диарею и чрезмерное потоотделение и обычно зависят от дозы. Постепенное увеличение дозы и/или замена на другой ингибитор или на препарат, который вводят другим способом, например, пластыри, являются полезными для их предотвращения. В клинических исследованиях было продемонстрировано улучшение функций внимания, концентрации и памяти у людей с болезнью Альцгеймера. Действие препаратов составляет около двух лет, а иногда и больше. Лечение может отсрочить необходимость госпитализации пациента в дом престарелых. Умеренная эффективность этих препаратов также была продемонстрирована у людей с сосудистой деменцией и деменцией с тельцами Леви. Ингибиторы ацетилхолинэстеразы одобрены в Израиле только для лечения болезни Альцгеймера, они включены в корзину услуг в сфере здравоохранения и продаются под разными торговыми марками.



## Мемантин

Еще один нейротрансмиттер, функция которого нарушается, — это глутамат. Глутамат является одним из наиболее распространенных (количественно) нейротрансмиттеров в головном мозге. Его деятельность заключается в стимулировании клеток мозга к действию. По мере прогрессирования заболевания и разрушения клеток в мозге пациентов с болезнью Альцгеймера активность глутамата становится токсичной. Препарат Мемантин (Мемокс, Эбикса, Немда, Аксура) ингибирует глутаматные рецепторы и подавляет патологическое влияние повышения уровня глутамата на функцию клеток головного мозга. Было обнаружено, что лечение Мемантином замедляет снижение когнитивных функций и улучшает поведенческое расстройство у людей с умеренной и тяжелой деменцией. Общие побочные эффекты: боль в животе, диарея и бесспокойство. Лекарство не входит в корзину услуг в сфере здравоохранения. Больничные кассы частично участвуют в финансировании препарата, как правило, через дополнительное страхование.

## Рецептурные препараты и пищевые добавки

Экстракция листьев гинкго билоба: Гинкго билоба благотворно влияет на нервную проводниковую систему нейротрансмиссии. Цербонин (Egb 761) представляет собой высококачественный экстракт листьев гинкго двулопастного, зарегистрированный в Израиле как рецептурное средство для лечения когнитивных нарушений у взрослых. Этот препарат относительно безопасен в использовании. Тем не менее, были сообщения о повышенном риске кровотечений. Цербонин не входит в корзину услуг в сфере здравоохранения в Израиле. Пищевые добавки гинкго билоба можно приобрести без рецепта.

## Фосфатидилсерин (phosphatidylserine)

Фосфатидилсерин продается в Израиле как пищевая добавка. Он был протестирован в нескольких исследованиях у взрослых с когнитивными жалобами, у пациентов с легким снижением когнитивных функций и у пациентов с диагнозом деменция. Некоторые исследования показали небольшое улучшение результатов когнитивных тестов и повседневных функций. Этот препарат относительно безопасен в использовании. Фосфатидилсерин не входит в корзину услуг в сфере здравоохранения в Израиле. На сегодняшний день клиническая эффективность дополнительных пищевых добавок не проверена.

## Специализированные препараты для лечения деменции и изменения течения болезни

Конкретные лекарства для лечения заболеваний, вызывающих деменцию, находятся на стадии исследований.

На данный момент для лечения болезни Альцгеймера используются препараты, которые доказали свою клиническую эффективность.

## Препараты, изменяющие течение болезни Альцгеймера

Исходя из предположения, что белок амилоид токсичен и вреден для клеток головного мозга, были разработаны специальные препараты, которые устраняют и/или снижают концентрацию этого белка в тканях мозга посредством иммунного механизма (антитела против амилоидного белка).

**Адуканумаб.** Этот препарат был разработан фармацевтическими компаниями Biogen и Eisai. Препарат был одобрен FDA в июне 2021 года в ускоренном порядке. Компания Biogen прекратила производство и продажу препарата в январе 2024 года, сославшись на финансовые проблемы. Адуканумаб был первым препаратом, который продемонстрировал как очищение мозга от амилоидных отложений, так и замедление скорости снижения когнитивных функций у людей с легкой болезнью Альцгеймера. Из-за неоднозначных результатов регистрационных исследований препарат не был принят медицинским сообществом, и, как уже упоминалось, его производство было остановлено.

**Леканемаб.** Этот препарат был разработан компанией Eisai и продается под торговым названием Leqembi.

Препарат был впервые одобрен FDA в январе 2023 года в ускоренном порядке. В июле 2023 года Леканемаб стал первым препаратом, получившим полное одобрение FDA для лечения болезни Альцгеймера через механизм удаления амилоидных отложений с помощью антител. Leqembi был зарегистрирован для использования в Израиле в июле 2024 года.

Европейское агентство по лекарственным средствам (EMA) не одобрило препарат для продажи в Европе.

Леканемаб был протестирован в многоцентровом двойном слепом исследовании, включавшем 1795 пациентов с диагнозом болезнь Альцгеймера, имеющих умеренное снижение когнитивных функций или легкую деменцию.

Результаты исследования CLARITY-AD, которое длилось 18 месяцев, продемонстрировали замедление темпов когнитивного и функционального ухудшения у пациентов, принимавших Леканемаб (27% в когнитивном индексе и 37% в функциональном индексе). Эта цифра соответствует задержке прогрессирования заболевания примерно на шесть месяцев в течение периода исследования. Субисследование, изучающее влияние Леканемаба на амилоидные отложения в тканях головного мозга, продемонстрировало значительное снижение уровня токсичного белка. Во время лечения сообщалось о побочных эффектах, большинство из которых были связаны с инфузионным введением препарата, а некоторые — с удалением амилоида из тканей головного мозга (случаи отека и кровотечения). Установлено, что гомозиготные носители гена ApoE4 (носители двух копий этого гена) имеют повышенный риск развития побочных эффектов и кровоизлияний в мозг. Для предотвращения побочных эффектов необходимо проводить МРТ головного мозга до и во время лечения, чтобы выявить отек и кровотечение в тканях головного мозга и назначить соответствующее лечение.

Леканемаб (Leqembi) доступен для лечения в клиниках памяти в Израиле. Лечение не входит в корзину услуг в сфере здравоохранения. Для предотвращения побочных эффектов важно тщательно подбирать пациентов для лечения.

**Донанемаб** Препарат был разработан компанией Eli Lilly и продается под торговым названием Kisunla.

17 июля 2023 года Eli Lilly опубликовала результаты исследования TRAILBLAZER-ALZ 2, которое показало, что у людей с диагнозом болезнь Альцгеймера на ранней стадии лечение Даннамабом значительно снижает клиническое ухудшение в течение 76 недель лечения. Препарат был одобрен для клинического применения FDA США в июле 2024 года.

**медикаментозного лечения. Перед принятием решения о лечении новыми или экспериментальными препаратами рекомендуется проконсультироваться со специалистом.**



# ПОСЛЕДНИЙ ЭТАП ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕМЕНЦИЕЙ

Деменция — это заболевание, которое сокращает жизнь и в настоящее время является распространенной причиной смерти. Поздняя стадия заболевания характеризуется выраженным когнитивным и функциональным снижением с утратой основных функциональных способностей, включая способность ходить, контролировать сфинктеры и глотание. Это состояние часто сопровождается опасными для жизни осложнениями, такими как пролежни и инфекционные заболевания. Пациенты могут испытывать боль, беспокойство, одышку, запоры, нарушения глотания и сна, а также другие проблемы, которые причиняют значительные страдания как самим пациентам, так и тем, кто за ними ухаживает. Инфекционные заболевания, особенно пневмония и инфекции мочевыводящих путей, иногда требуют госпитализации и принятия сложных решений по лечению.

## Принятие решений об уходе в конце жизни и применение закона о правах пациента в последней стадии болезни:

По возможности и в рамках закона, пациентам должно быть предоставлено право завершить свою жизнь максимально достойно и в соответствии с их пожеланиями. Уход в конце жизни должен максимально учитывать ценности пациента с участием и поддержкой семьи. Важно выяснить и задокументировать волю пациента, пока он еще способен принимать решения, согласно признанным законом методам.

Для людей с деменцией следует использовать специальные прогностические показатели, чтобы обеспечить применение закона о правах пациента в терминальной стадии болезни в соответствующих случаях. На поздней стадии заболевания, когда пациент недееспособен, терапевтические решения должны приниматься в соответствии с его волей, выраженной в порядке, предусмотренном законом. Необходимо использовать документы, написанные пациентом ранее, письменные показания близких или решение ответственного врача. При переводе пациента с деменцией из одного учреждения в другое, например, при госпитализации, необходимо выяснить и задокументировать его желание относительно ухода в конце жизни. В случае пациента с деменцией, определенного как находящегося в терминальной стадии болезни и страдающего, согласно закону, его желание может быть учтено, если оно было выражено ранее, и избежать определенного лечения, включая экстренное вмешательство.

Пациентам с деменцией должно быть разрешено получать медицинскую помощь и даже завершать свою жизнь по их желанию в условиях, являющихся их постоянным местом проживания (дома или в домах престарелых), с привлечением профессионалов, включая «домашний хоспис».

Рекомендация: В рамках лечения на ранних стадиях заболевания, когда пациент еще здоров, обсудите с ним и его семьей его желание относительно лечения на поздних стадиях заболевания и заполните соответствующие документы — долгосрочную доверенность, доверенность в соответствии с законом об умирающем пациенте, предварительные распоряжения или и то и другое. Важно знать, что долгосрочная доверенность не действует для принятия решений в конце жизненного цикла. На запущенной стадии заболевания необходимы соответствующая прогностическая оценка и привлечение квалифицированных специалистов по оказанию паллиативной помощи.

## Лечение симптомов:

Подобно пациентам в терминальной стадии других заболеваний, люди с деменцией также испытывают симптомы, которые причиняют им значительные страдания и поддаются лечению. Лица, осуществляющие уход, должны знать о таких проблемах, как боль, одышка, запоры и другие, которые можно лечить. На этой стадии деменции, когда общение пациента сильно ограничено, для выявления симптомов необходимо использовать профессиональные инструменты. Лечение поведенческих расстройств при деменции в основном заключается в изменении окружающей среды. У пациентов с выраженной деменцией медикаментозное лечение следует рассматривать в зависимости от тяжести их страданий.



Очень важно исключить боль как причину поведенческих нарушений при деменции.

**Рекомендация:** Симптомы, возникающие у пациента с деменцией при прогрессирующем заболевании, следует лечить так же, как симптомы любого другого прогрессирующего заболевания – выявлять их и лечить как немедикаментозными, так и медикаментозными методами для облегчения страданий.

## Проблемы с глотанием и принятие решений о энтеральном питании:

Рекомендуемый способ питания для людей с деменцией на всех стадиях — пероральный прием пищи. Не существует научных доказательств эффективности энтерального питания (кормления через трубку) при терминальной стадии деменции, и медицинская литература рекомендует избегать его. Закон Израиля позволяет отказаться от энтерального кормления для пациентов с деменцией в терминальной стадии. Несмотря на это, принятие решений в таких ситуациях является сложным и сопровождается стрессом для членов семьи, а иногда и для лечащего персонала. Решение о форме питания в конце жизни требует рассмотрения многопрофильной командой, обсуждения с семьей и принятия решений с сочетанием профессионализма, и сострадания.

**Рекомендация:** В случае затруднения приема пищи перорально у человека с деменцией всегда важно искать обратимую причину - острое заболевание, местную проблему в полости рта, боль, запор, депрессию, беспокойство, лекарства, факторы окружающей среды и многое другое. Оценка должна проводиться логопедом и диетологами, чтобы скорректировать текстуру пищи. Добавочные жидкости можно вводить в виде подкожной инфузии в качестве дополнения к пероральному приему пищи. Решение о способе кормления (пероральное или «зондовое») должно приниматься в сотрудничестве с семьей и многопрофильной командой на основе ожидаемой медицинской пользы, страданий, связанных с подходом и ценностями каждого пациента.

## Дистресс персонала по уходу:

Стресс персонала по уходу за людьми с деменцией имеет уникальные характеристики. Возникают трудности с принятием решений без участия пациента, физические трудности в уходе и сложности справиться с поведенческими расстройствами. Необходимо сделать упор на поддержку в принятии решений в конце жизни.

Рекомендация: Членам семьи должна быть оказана соответствующая психологическая поддержка. Другие лица, осуществляющие уход за людьми с деменцией, такие как сиделки, иностранные рабочие и специалисты, также нуждаются в индивидуальной поддержке. Важно направлять персонал по уходу в местные структуры организации поддержки или такие ассоциации, как «ЭМДА». На заключительной стадии заболевания обеспечить психологическую поддержку, руководство и объяснение членам семьи и персоналу, осуществляющему уход.

# Часть Вторая: Терапевтическое лечение человека, страдающего от деменции



## ?Что делать

Соглашайтесь \_\_\_\_\_ Не спорьте

Изменяйте тему \_\_\_\_\_ Не пытайтесь убедить

Повторяйте сказанное \_\_\_\_\_ Не говорите: «Я уже говорил или  
говорила»

Отвлекайте \_\_\_\_\_ Не стыдите

Успокаивайте \_\_\_\_\_ Не воспитывайте

Поощряйте и хвалите \_\_\_\_\_ Не ведите себя высокомерно

Поддерживайте \_\_\_\_\_ Не принуждайте

Напоминайте \_\_\_\_\_ Не проверяйте «Помнишь?» или  
«Не помнишь?»

Спрашивайте \_\_\_\_\_ Не приказывайте

Задавайте вопросы да/нет \_\_\_\_\_ Не используйте открытые  
вопросы

Предлагайте два варианта на выбор \_\_\_\_\_ Не спорьте из-за вариантов выбора

Говорите: «Делай, что можешь» \_\_\_\_\_ Не говорите: «Ты не можешь»

Говорить на уровне глаз \_\_\_\_\_ Не разговаривайте стоя над  
человеком

Говорите прямо перед \_\_\_\_\_ Не заставляйте врасплах со стороны  
человеком



## ?Чего не делать

Соавтор второй главы и её редакции д-р Тали Фишер.

## УХОД ЗА ЧЕЛОВЕКОМ С ДЕМЕНЦИЕЙ

Можно жить с деменцией в течение многих лет. По мере прогрессирования заболевания дегенеративные изменения в мозге усиливаются, что приводит к снижению когнитивных, поведенческих и функциональных способностей человека. Соответственно, снижается степень самостоятельности и возникает потребность в большей поддержке в повседневных функциях со стороны ухаживающего. Часто возникают вопросы относительно того, как наладить общение с человеком, и в какой мере предоставлять помощь и поддержку. С одной стороны — желание облегчить выполнение повседневных задач и предотвратить фрустрацию, а с другой — необходимость максимально сохранить его независимость. Еще одной проблемой, которая возникает при уходе за пациентами с деменцией, является проблемное поведение, которое может быть частью заболевания, например апатия и отсутствие интереса, блуждание в течение дня и ночи или агрессия. Справиться с таким поведением — сложная задача, которая имеет большое значение для персонала по уходу. Вот различные советы и способы справиться с трудностями:

### Надлежащая коммуникация

Люди с деменцией часто испытывают трудности с языковыми навыками. Когда они хотят выразить что либо, они могут испытывать трудности с извлечением слов, их словарный запас сокращается, и они могут путать порядок слов в предложении и даже изобретать слова, которых не существует. Кроме того, они иногда испытывают трудности с пониманием сказанного, особенно сложных посланий или многоэтапных задач. Трудность в концентрации и поддержании континуума мышления также ограничивает способность производить непрерывное и четкое общение. Несмотря на множество трудностей, существует взаимная потребность пациента и человека, осуществляющего уход в передаче коммуникации, как для технических нужд, так и для обмена и поддержания межличностного контакта.

### Правила надлежащей коммуникации с людьми, страдающими деменцией

1. Уделяйте внимание и время на то, чтобы понять человека и дать ему почувствовать, что вы хотите услышать, что он говорит. Используйте положительные невербальные сигналы, такие как зрительный контакт, наклоны тела, прикосновения и улыбка. Предоставляйте много положительных отзывов.
2. Используйте четкие формулировки, простые слова и предложения. Говорите медленно, четко и ободряющим голосом. Если вас не поняли — повторите вопрос или утверждение. Если это не помогло, попробуйте перефразировать утверждение, другими словами.
3. Задавайте простые вопросы, не более одного за раз. Лучше задавать вопросы, требующие ответа «да» или «нет». Человеку с деменцией сложно сделать выбор, поэтому лучше избегать большого выбора.
4. Помогите человеку сосредоточиться на разговоре, нейтрализуя окружающие шумы и отвлекающие факторы. Выключите телевизор и радио, закройте дверь и т. д. Прежде чем начать говорить, назовите имя человека, напомните ему, кто вы (даже если это близкий член семьи), сядьте или встаньте так, чтобы он мог легко видеть вас на уровне глаз, а не стойте у него за спиной.

5. Люди с деменцией могут чувствовать смущение и разочарование, когда им не удается выполнить задачу, которая раньше была для них легкой. Поэтому им следует давать как можно более простые задания. В многошаговой задаче каждый шаг представляйте отдельно и в спокойной форме. Если человек не справляется с задачей, несмотря на разбивку на шаги, помогите ему. Если он выражает разочарование из-за неудачи, отвлеките его. Предложите сменить тему или заняться чем-то другим: прогуляться, попить, поесть, послушать музыку.
6. Люди с деменцией могут воспринимать события из прошлого как происходящие в настоящей реальности. Не спорьте с ними. Постарайтесь понять возникающие эмоции и не реагировать негативно на ошибочные мысли.
7. Не проводите тесты на память и не сравнивайте их с реальностью, которую они могут уже не помнить, будь то люди, места, предметы и др. Вопросы типа «Вы помните...?» или «Ты знаешь, что делать с...?» могут смутить человека. Всегда представляйте людей и уважительно объясняйте значение предметов.
8. Старайтесь избегать конфликтов и споров. Это может только усугубить беспомощность как вас, так и человека с деменцией. Помните, он уже не в состоянии понять ваши намерения, даже если они хорошие.
9. Как правило, долговременная память у человека с деменцией повреждена меньше, чем кратковременная. Используйте эту особенность, задавая вопросы о прошлом, рассказывая истории, рассматривая вместе с ним фотографии, слушая музыку и смотря фильмы. Связь с прошлым может позволить вести настоящий разговор о значимых для него вопросах. Такие разговоры помогают установить связь с другими аспектами его личности, такими как родитель, супруг, профессионал, ребенок и другие.

## Ежедневные задачи и модели поведения

### Одевание, купание и личная гигиена

Купание может быть одной из самых сложных проблем в уходе за человеком, страдающим деменцией. Избегание и сопротивление купанию являются характерными чертами деменции и вызывают напряженность среди членов семьи и лиц, осуществляющих первичный уход. Отказ от купания может быть вызван различными причинами.

**Что следует делать?** Возможно, у человека возникает стеснение или нежелание раздеваться. В этой ситуации он может оставаться в нижнем белье во время принятия душа, а по окончании душа позволить ему самостоятельно промыть интимные области.

Важно обращать внимание на время принятия душа и подстраивать его под прежние привычки человека. Вам следует выбрать время, когда он более расслаблен и менее энергичен, чтобы он меньше сопротивлялся, и дать время на купание без спешки. Если человек боится мыть голову, можно использовать шапочку для душа. Иногда сопротивление возникает из-за недостаточного знакомства с человеком, осуществляющим уход или гендерных предпочтений. Иногда человек думает, что он уже принял душ — лучше не спорить с ним по этому поводу, а объяснить, почему ему следует принять душ именно сейчас, например: перед визитом к врачу или перед субботой. При полном сопротивлении приему душа можно обмыть больного губкой из тазика с водой или влажными полотенцами в помещении, а не в душевой.

## **Одежда – отказ переодеться или ношение неподобающей одежды**

Способность правильно одеваться — это сложный навык, а двигательные и когнитивные трудности могут его затруднить.

### **Что следует делать?**

Желательно предоставить человеку ограниченный выбор одежды. Если человек снял грязную одежду, желательно спрятать ее, чтобы он не пытался снова ее надеть, и позаботиться о наличии удобной одежды, которая ему нравится. Если вам сложно вовремя попасть в ванную, выбирайте одежду, которую легко снять, например, брюки с резинкой на талии. Если человек настаивает на ношении определённого предмета одежды, целесообразно запастись несколькими комплектами одного и того же предмета одежды, чтобы человек думал, что возвращается к той же вещи, и это позволит заменить грязную одежду на чистую.

## **Использование туалета и недержание**

Отсутствие контроля над кишечником может быть вызвано тем, что человек стесняется спросить, где находится туалет, слишком поздно ощущает позывы к мочеиспусканию или не успевает вовремя снять громоздкую одежду.

### **Что следует делать?**

Облегчите ориентацию в пространстве за счёт чёткого обозначения двери ванной комнаты (используйте изображения, а не только надписи) и освещения пути в ванную в ночное время. Выбирайте одежду, которую легко снять. Напоминайте человеку о необходимости посещения туалета в определённое время. Можно использовать санитарно-гигиенических средств для инконтиненции в качестве средств защиты, особенно в трусах-подгузниках на резинке.

## **Прием пищи**

Трудности с питанием, включая отказ от еды, могут быть вызваны многими факторами, в том числе: потерей аппетита, запорами, лекарствами, ухудшением обоняния и вкуса, проблемами с зубами и полостью рта и различными медицинскими проблемами. Переедание часто является результатом забывчивости, скуки и разочарования.

### **Что следует делать?**

Важно избегать обезвоживания и недоедания. Обеспечьте спокойную обстановку без отвлекающих факторов и следите за регулярностью питания. Людям, которые едят мало, следует предлагать небольшие порции несколько раз в день. Иногда им требуется много времени, чтобы доест, поэтому важно быть терпеливыми. По возможности, подавайте еду красиво и аппетитно, садитесь за стол вместе. В случае затруднений с приемом пищи учитывайте потребности человека в перекусах и переходите от использования столовых приборов к ложке или еде, которую можно есть руками. При переедании предпочтительнее предлагать низкокалорийную пищу и стараться найти подходящие отвлечения от скуки, которая может вызвать переедание.

## **Гидратация (потребление жидкости или просто питье)**

Одной из причин отказа от потребления жидкости может быть потеря контроля над мочеиспусканием, но важно знать, что недостаток питья может стимулировать мочевой пузырь.

### **Что следует делать?**

Можно дать немного холодного напитка в маленьком стакане. Также можно предлагать насыщенные водой фрукты, такие как арбузы и цитрусовые (в зависимости от сезона). В жаркие летние дни фруктовый лёд может стать приятным и освежающим способом утолить жажду. При возникновении проблем с глотанием проконсультируйтесь с логопедом и/или диетологом для корректировки текстуры пищи в соответствии со способностями глотания, подавая мягкую пищу или измельчая ее (каждый компонент пищи отдельно, чтобы сохранить разнообразие вкуса и внешнего вида). Жидкости можно загустить с помощью специального загустителя или желе. В ситуациях недостаточного питания следует проконсультироваться



с врачом-диетологом и, возможно, использовать адаптированные пищевые добавки, которые концентрированно и корректно обеспечат человека необходимыми питательными веществами.

### **Приготовление пищи**

Люди в начале заболевания обычно способны самостоятельно готовить себе еду. По мере снижения способностей эта деятельность может стать для них слишком сложной. Признаками этого являются ухудшение вкуса приготовленных блюд или отказ от приготовления пищи. Некоторые продолжают готовить, несмотря на ухудшение способности концентрироваться, что может быть опасным, если они не уделяют внимания своевременному отключению газа. Другим распространенным риском в этой области является употребление испорченных продуктов.

#### **Что следует делать?**

Оцените пригодность человека к самостоятельной деятельности на кухне и разрешите ее в соответствии с его возможностями. Внедрите меры безопасности, такие как детекторы утечки газа, и удалите опасные инструменты из досягаемости. Важно позволить человеку продолжать готовить еду как можно дольше, обеспечивая его свежими продуктами. Если дома есть сиделка или член семьи, рекомендуется приготовить еду и принимать ее вместе. Прием пищи в компании всегда приятнее, и член семьи сможет оценить состояние способностей человека с деменцией. На более продвинутых стадиях, когда дома присутствует человек, осуществляющий уход, рекомендуется привлекать человека к приготовлению пищи и к легким занятиям, таким как мытье продуктов, перемешивание и т.д. Это стимулирует аппетит, обеспечивает занятость и укрепляет отношения.

**См. расширение по лечению распространенной деменции в первой части руководства, раздел «Расширенная деменция».**

### **Вождение автомобиля**

Вождение автомобиля — это сложный навык, требующий быстрой обработки ситуации, скорости реакции и способности к ориентации и принятию решений. Человек с деменцией может утратить эти функции, что делает вождение автомобиля опасным для него и окружающих.

#### **Что следует делать?**

Достичь соглашения с человеком о приостановлении управления транспортным средством. Если это невозможно, иногда необходимо проконсультироваться с семейным врачом или лечащим врачом или гериатром, которые обязаны сообщить о состоянии пациента в Министерство транспорта. Кроме того, вы можете напрямую уведомить лицензионное бюро транспортных средств о непригодности человека к вождению. Таким образом, отзыв лицензии будет осуществлен внешней стороной, что может уменьшить гнев по отношению к членам семьи. Отзыв лицензии не всегда решает проблему, так как человек может взять ключи и сесть за руль. Более практичное решение состоит в том, чтобы сделать невозможным управление транспортным средством. Например, сдать или продать автомобиль, либо сделать так, чтобы ключи от машины исчезли.

### **Лечение зубов**

Людам с прогрессирующей деменцией может быть трудно говорить и выражать свои чувства. Когда человек с деменцией страдает от зубной боли, это обычно проявляется через изменение поведения.

Отсутствие лечения стоматологических проблем может привести к проблемам с питанием и потере веса, что иногда требует искусственного питания и госпитализации. Это подчеркивает важность ранней диагностики и сообщения о стоматологических проблемах. Распространенные поведенческие изменения, связанные с проблемами с зубами (во время еды или сразу после нее), включают: крик, плач или, наоборот, замкнутость и нежелание есть или говорить. Кроме того, возможны видимые признаки проблем в полости рта, такие

как сломанные зубы, мосты или зубные протезы, отеки, раны и т. д. При любой из этих ситуаций следует немедленно обратиться к стоматологу.

### **Что следует делать?**

Во время лечения зубов желательно, чтобы помимо стоматолога и ассистента присутствовали человек, осуществляющий уход и родственник, которые смогут поговорить с человеком и отвлечь его от процедуры. Также важно перед лечением проконсультироваться с медицинским персоналом и семьей, чтобы лучше узнать пациента и изучить его типичное поведение.

Поскольку лицам, осуществляющим уход, и членам семьи сложно диагностировать стоматологические проблемы, рекомендуется привести человека на первичный осмотр и диагностику к стоматологу, предпочтительно, когда деменция находится на начальной-средней стадии, поскольку тогда сотрудничество будет лучше, и провести необходимое лечение.

**Существуют мобильные службы стоматологической помощи на дому. За консультацией вы можете обратиться на горячую линию ЭМДА по телефону \*8889.**

## **Сложные модели поведения**

Проблемное поведение, также известное как поведенческие проблемы, может проявляться на разных стадиях заболевания или не проявляться вообще. К сложному поведению относятся: апатия, психомоторное возбуждение, повторяющееся поведение, отсутствие сдерживающих факторов (например, неадекватное сексуальное поведение), нарушения сна, расстройства пищевого поведения, а также физическая и вербальная агрессия.

Поведенческие проблемы часто возникают, когда человек чувствует нежелание сотрудничать, беспокойство, унижение, оскорбление или непонимание относительно помощи или лечения, которое ему следует пройти (например, прием лекарств). Человек может реагировать агрессивно из-за того, что его не поняли или не признали его потребности.

**Анализ и оценка ситуации и обстоятельств:** при появлении проблемного поведения стоит попытаться понять его происхождение и этапы развития. Ответы на вопросы, такие как когда? где? как? с кем? могут помочь в понимании развития ситуации. Вероятность ненормального поведения может возникнуть из-за разочарования, давления или унижения, неспособности действовать независимо, угрозы частной жизни, ощущения осуждения или критики. Другие возможные причины включают замешательство и подавленность из-за перегрузки стимулами, изменения в распорядке дня, внезапную панику, а также боль, скуку, жажду или голод. Когда причины поведения становятся понятными, можно уменьшить вероятность его повторения в будущем. Однако важно отметить, что не всегда возможно определить источник поведения, и оно может возникнуть без видимой причины.

### **Что делать в момент кризиса?**

Сделайте глубокий вдох и осознайте, что человек испытывает страдания. Проверьте, не подвергает ли ситуация опасности других или самого человека, и если да, то примите четкие меры. Если нет опасности, возможно, лучше отступить и дать человеку успокоиться. Физические попытки остановить насилие в большинстве случаев только усугубляют ситуацию. Постарайтесь отвлечь его и, если возможно, предоставьте ему безопасное место для снятия напряжения.

**После происшествия:** Начните вести учет случаев вызывающего поведения. Определите, происходит ли это в фиксированное время или при определенных событиях. Опишите поведение как можно подробнее (например, «беспокойство и блуждание перед каждым приемом пищи»). Какие обстоятельства приводят к такому поведению? Какие аспекты физической среды влияют на поведение? («В столовой шумно»). Какие аспекты окружающей среды способствуют поведению? («Персонал по уходу спешит закончить трапезу»).

**Профилактические меры:** Если причиной проблем с поведением являются трудности с выполнением ожидаемых действий, снизьте требования и создайте как можно более

спокойный и свободный от стресса распорядок дня. Постарайтесь не критиковать и не ставить тестовые ситуации. Хвалите достижения, даже если они кажутся вам незначительными. Обращайте внимание на тревожные признаки беспокойства или раздражительности и реагируйте на них до того, как ситуация ухудшится. Найдите занятия, которые интересуют человека, и убедитесь, что он занимается достаточной физической активностью и проводит время вне дома. Физическая активность, соответствующая возможностям человека, снижает вероятность поведенческих проблем.

### **Что следует делать?**

Проходите плановые медицинские осмотры и обращайтесь к врачу при появлении изменений в физическом состоянии.

Если вы не находите закономерности такого поведения или вам трудно справиться с поведением человека, обратитесь за профессиональной помощью и консультацией относительно соответствующего лечения.

ЭМДА \*За консультацией вы можете обратиться на горячую линию 8889.

### **Повторяющееся поведение**

Люди с деменцией повторяют вопросы и действия, потому что у них кратковременная память и они забывают, что говорили и делали минуту назад.

#### **Что следует делать?**

Отвлеките человека разговором или занятием. Очень часто повторяющиеся вопросы являются внешним выражением скуки и беспокойства.

### **Зависимость от лица, осуществляющего уход**

На определенных стадиях заболевания люди могут проявлять признаки неуверенности в себе в результате заболевания и чувство потери общего контроля. В результате люди цепляются за известное и безопасное – ближайшего к ним человека, основного человека, осуществляющего уход. Такое поведение зависимости от лица, осуществляющего уход (родственника или иностранного работника), делает его очень трудным для лиц, осуществляющих уход, и создает ситуацию, когда лица, осуществляющие уход, не чувствуют, что могут покинуть дом для легкого перерыва или по вопросам, связанным с их здоровьем, административными или личными потребностями.

#### **Что следует делать?**

Постарайтесь занять человека с деменцией, когда человек, осуществляющий уход выходит. Старайтесь координировать время вне дома на день, когда человек с деменцией относительно спокоен, или наоборот, спит. Кроме того, важно создать рутину, при которой человек привыкает к тому, что работник по уходу приходит и уходит, а не находится постоянно рядом с ним. Посещение дневного центра может помочь людям с деменцией на разных стадиях привыкнуть к этой рутине, так как центры адаптированы к их потребностям и поддерживают регулярные смены ухода. На протяжении всех стадий заболевания рекомендуется проверять возможность комбинирования различных подходов к уходу.

### **Соппротивление**

Когда люди с деменцией отказываются выполнять необходимые повседневные действия, важно понимать, что стоит за упрямством и отказом и помнить, что иногда это единственный оставшийся у человека способ выразить свои желания.

#### **Что следует делать?**

Во-первых, мы должны проверить, является ли действие, которое мы хотим, чтобы человек совершил, необходимым. Кроме того, убедитесь, что вы выразили свое желание посредством эффективного общения. Постарайтесь найти способ сотрудничать, а не принуждать. Помните, что факторы окружающей среды также влияют на поведение и сотрудничество. Например, человек, сидящий в кресле перед телевизором и сопротивляющийся еде, может сотрудничать гораздо лучше, если он сидит за обеденным столом на устойчивом стуле без фонового шума, в то время как его основной опекун ест вместе с ним, создавая знакомую

ситуацию. Другой пример: если человек отказывается надеть пальто перед выходом из дома, не настаивайте, а предложите одеться на улице, когда прохлада побудит его сделать это.

Когда возникает напряжение вокруг приема лекарств, уточните у врача, действительно ли все назначенные лекарства являются жизненно необходимыми, можно ли их принимать в виде сиропа и допустимо ли измельчать их в пищу. Уточните у врача часы приема лекарств и попробуйте давать их в те часы, когда человек больше сотрудничает. В ситуациях, когда человек думает, что препараты его отравляют, может помочь объяснение о каждом препарате и причине его приема или беседа с врачом.

### **Трудности со сном**

Во время заболевания может возникнуть нарушение внутренних часов, регулирующих циклы бодрствования и сна. В результате люди с деменцией иногда превращают день в ночь и спят много часов в течение дня.

Одним из самых сложных явлений, которое может возникнуть в вечерние часы, является синдром заката (sundowning). Часы, когда свет уменьшается, могут усилить беспокойство и растерянность.

#### **Что следует делать?**

Чтобы справиться с этой проблемой, можно прогуляться с человеком на улице возле естественного источника света или оставить его дома и задернуть шторы и жалюзи, чтобы он не ощущал уменьшения света. Старайтесь, чтобы день был насыщен активностью и воздействием естественного света. Кроме того, рекомендуется придерживаться регулярного режима сна и отдыха, минимизировать дневной сон и уменьшить потребление алкоголя перед сном (при условии, что человек выпил достаточное количество жидкости в течение дня). Рекомендуется создать спокойную атмосферу за несколько часов до сна и отложить отход ко сну как можно позже. Если человек просыпается ночью, оставьте включенным свет, чтобы предотвратить риск падения и указывать путь к туалету. Часто питье и/или еда могут успокоить человека и помочь ему снова заснуть. Если проблема сохраняется и вызывает значительное затруднение, проконсультируйтесь с врачом относительно препаратов, способствующих сну.

### **Беспокойство и блуждание**

Блуждание и беспокойство являются распространенными проявлениями деменции. Блуждание в сочетании с дезориентацией на месте и во времени может поставить под угрозу человека, покидающего свой дом.

#### **Что следует делать?**

Важно подчеркнуть, что ходьба способствует здоровью, поскольку позволяет поддерживать форму, повышает аппетит и возможность взаимодействия с людьми в окружающей среде. При блуждании необходимо проверить, испытывает ли больной боль или дискомфорт во время сидения. Иногда это связано со скукой и стремлением заняться чем-либо. Поэтому стоит включить в распорядок дня людей, которые любят гулять, прогулки на свежем воздухе. Не исключено, что причиной блуждания является поиск туалета. Туалеты должны быть ясно указаны и обеспечивать беспрепятственный доступ.

Важно предотвратить неконтрольный выход человека с деменцией из дома, запирая двери и убирая ключи или с помощью электронных средств, таких как сигнализация. Если есть риск выхода за пределы дома, рекомендуется использовать GPS-устройство для определения местонахождения человека и снабдить его средствами идентификации (записками в карманах или браслетом) с номерами телефонов основных лиц, осуществляющих уход. Желательно иметь недавнюю фотографию человека на случай, если он потеряется. В таких случаях важно проверить его прежние места жительства, особенно районы детства или предыдущие места проживания.

Человека, склонного к блужданию, не следует оставлять одного; следует рассмотреть возможность привлечения сопровождающего или сиделки для круглосуточного наблюдения.

**Если человек с деменцией пропадает, необходимо немедленно уведомить полицию.**

### **Утрата предметов и обвинения в краже**

Одним из распространенных симптомов деменции является потеря предметов и обвинение других в их краже. Причиной таких обвинений может быть забывчивость, вызванная болезнью, утрата предметов и тенденция приписывать утрату краже. В результате этих мыслей некоторые люди могут прятать ценные вещи в странных местах или заворачивать их в бумаги, что может привести к их случайному выбрасыванию.

#### **Что следует делать?**

Подумайте, какие предметы имеют наибольшее значение для человека. Убедитесь, что они находятся в доступном месте. Если человеку нравится определенный тип предметов, рекомендуется приобрести несколько таких предметов, чтобы в случае потери одного из них можно было легко предложить замену. Если человек носит очки, следует знать его рецепт на случай их утери, чтобы можно было быстро приготовить замену.

Если человек испытывает стресс из-за потери чего-либо, присоединитесь к поискам, но постарайтесь отвлечь его, например, просмотром фотоальбома. Старайтесь поддерживать порядок в доме, запирайте ценные вещи, проверяйте мусор, прежде чем выбрасывать его, и не спорьте с пациентом по поводу обвинений.

### **Галлюцинации**

Люди с деменцией иногда разговаривают с людьми из своего прошлого, даже с теми, кто уже ушел из жизни. Обычно нет необходимости убеждать их в обратном, особенно если правда может их расстроить.

Во многих случаях фоновые звуки телевизора, радиопереговоры или телефонные звонки воспринимаются как враждебные или злые. Проверьте окружающую среду и постарайтесь уменьшить количество таких раздражителей. Попробуйте включить музыку, которая нравится человеку с деменцией. В случаях галлюцинаций, вызывающих беспокойство, постарайтесь изменить обстановку, обеспечить занятость и хорошее освещение.

Лекарства могут помочь уменьшить галлюцинации, но также могут способствовать их появлению.

#### **Что следует делать?**

Следует проконсультироваться с врачом при рассмотрении вопроса о приеме лекарств, когда лекарства кажутся бесполезными или вызывают побочные эффекты, а также при намерении прекратить прием лекарств.

### **Сексуальность**

Сексуальность и близость могут быть деликатными темами даже для людей с деменцией. Прикосновения и ласка остаются важными, как и для любого человека. Для некоторых людей с деменцией физический контакт является способом общения и выражения чувств. В то же время, в ходе заболевания люди могут терять либидо или испытывать гипервозбуждение и потерю сдержанности. Проявления необычной и неприемлемой повышенной сексуальности затрудняют работу лиц, осуществляющих уход, и могут поставить их в неловкое положение, особенно когда это происходит публично.

#### **Что следует делать?**

Важно помнить, что не все прикосновения сексуальны; прикосновения — это также способ общения и расслабления. Иногда частые прикосновения к интимным местам могут свидетельствовать о дискомфорте в этой зоне, воспалении, боли и т. д.

Повышенную сексуальность можно снизить отвлечением внимания и другой значимой деятельностью.

В случаях смущающего проявления сексуальной ориентации следует реагировать прозаично, непредвзято и решительно дать понять, что такой тип поведения неприемлем.

Во время принятия душа следует поощрять человека самостоятельно очищать свои интимные места. Человеку с деменцией можно дать губку или мыло, чтобы занять руки. В тех случаях, когда лицам, осуществляющим уход и/или окружению трудно справиться с ненормальным сексуальным поведением, следует обратиться за медицинской или поведенческой консультацией (горячая линия ЭМДА \*8889).

Важно помнить: в любом случае должны соблюдаться соответствующие ограничения для лица, осуществляющего основной уход.

### **Тревога и депрессия**

Многие люди с деменцией испытывают тревогу и/или депрессию. Иногда ощущения являются биологическим следствием заболевания, а иногда отражают осознание человеком ухудшения своего состояния. Тревога и депрессия могут возникать на всех стадиях заболевания. Иногда депрессия и/или тревога появляются до когнитивного спада. Депрессия может привести к снижению аппетита, потере веса и изменению привычек сна.

#### **Что следует делать?**

При подозрении на депрессию проконсультируйтесь со специалистом или врачом.

### **Имейте в виду**

Человек, страдающий деменцией, может страдать от сложных поведенческих/поведенческих расстройств на всех стадиях заболевания. Поведенческие расстройства, как правило, временные и исчезают сами по себе.

Сохраняйте человеческое достоинство и позволяйте больному как можно больше контролировать свою жизнь, укрепляйте его самооценку и уверенность в себе, избегайте разочарований или «испытаний».

Зрительный контакт, позитивное прикосновение и речь, осмысленная и адаптированная деятельность и поддержание социальных и семейных связей чрезвычайно важны, увеличивая шансы людей, борющихся с деменцией, иметь осмысленную жизнь с течением времени.

#### **Что следует делать?**

Проконсультируйтесь со своим врачом. Для получения дополнительной информации о поведенческих расстройствах и медикаментозной терапии см. первую главу руководства.

## Качество жизни лиц, осуществляющих основной уход

Деменция может длиться долго. В течение многих лет родственники и лица, осуществляющие уход, наблюдают за медленным и непрерывным ухудшением когнитивных и поведенческих функций человека. Уход за человеком с деменцией непросто; основной человек, осуществляющий уход, сталкивается как с физическими задачами в повседневной жизни, так и с эмоциональной борьбой, вызванной медленным и длительным процессом разлуки с близким.

Когда основными лицами, осуществляющими уход за пациентами, являются пожилые супруги, у лица, осуществляющего уход, есть высокий риск развития депрессии. Зависимость человека с деменцией привязывает его к дому, ограничивает передвижения и затрудняет общение с друзьями и знакомыми. Лицо, осуществляющее уход, может впасть в чувство беспомощности и пренебрегать собой, что может привести к серьезным последствиям для здоровья и психического состояния.

### Что следует делать?

Лицу, осуществляющему уход за человеком с деменцией, необходимо сохранять свои силы, чтобы продолжать выполнять задачу по уходу за членом семьи и жить качественной жизнью, насколько это возможно. Лица, осуществляющие уход, имеющие хорошее здоровье и настроение, оказывают положительное влияние на поведение и безопасность пациентов. Поэтому важно, чтобы лица, осуществляющие основной уход, следили за поддержанием умственной и функциональной силы:

- Найдите время для отдыха и занятий, которые приносят удовольствие (например, обеспечьте себе спокойный сон, неторопливый просмотр телевизора, прогулки вне дома).
- Обратитесь к друзьям и профессионалам для обсуждения трудностей. Местные власти часто предоставляют услуги поддержки. Ассоциация ЭМДА предлагает поддержку членам семей. Вы можете присоединиться к группе поддержки ЭМДА и воспользоваться услугой «ТЕЛЕМ» – семейной поддержки и сопровождения.
- Разделите бремя заботы с другими членами семьи, взрослыми детьми и внуками, используя их для «тайм-аута».
- Используйте оплачиваемый персонал по уходу. Научитесь немного идти на компромисс в отношении качества ухода, чтобы сохранить силы для продолжения миссии.
- Избегайте одиночества, встречайтесь с друзьями, отправляйтесь в путешествия, соблюдайте правильную диету, занимайтесь спортом и находите удовольствие в занятиях.

## Риск пренебрежения и жестокого обращения по отношению к людям с деменцией

Согласно результатам национального опроса, проведенного в Израиле, каждый пятый пожилой человек в стране подвергается жестокому обращению и/или пренебрежению. Исследования, проведенные в Соединенных Штатах, показывают, что **люди с деменцией в два с половиной раза чаще подвергаются жестокому обращению и пренебрежению, чем пожилые люди, не страдающие деменцией**. Насилие обычно исходит от человека или людей, проживающих в непосредственной близости от человека с деменцией, в результате чего он страдает, и его здоровье и безопасность находятся под угрозой. **Жестокое обращение** — это поведение, которое происходит с течением времени и наносит физический, сексуальный, умственный, эмоциональный и финансовый ущерб. **Пренебрежение** определяется как отсутствие удовлетворения основных потребностей или предоставления основных услуг (еда, лекарства, медицинская помощь, функциональная помощь). Обычно родственники человека проявляют приверженность и преданность, уделяя ему много часов ухода. Однако деменция является фактором стресса для близких лиц, осуществляющих уход.

По мере развития заболевания и снижения функциональной самостоятельности возрастают потребности в лечении, финансовые затраты, зависимость человека с деменцией от окружающей среды, а также влияние деменции на образ жизни членов семьи. Снижение когнитивных функций и поведенческие проблемы, вызванные деменцией, повышают риск того, что человек подвергнется жестокому обращению и пренебрежению.

**На экономическом уровне** - со временем люди теряют способность управлять своими делами, деньгами и имуществом. В таких ситуациях члены семьи, соседи или знакомые, а иногда и лица, осуществляющие уход, могут получить полный контроль над имуществом и ресурсами человека. Иногда разные лица, осуществляющие уход, не сообщают о том, что происходит с человеком другими членами семьи, и могут использовать и извлекать выгоду из материальных ресурсов пациента.

**На поведенческом уровне** - поведенческие расстройства, такие как: непредсказуемое поведение, блуждание и беспокойство, требуют неустанной бдительности, что истощает силы лиц, осуществляющих уход, и может привести к конфликтам и вреду для человека с деменцией. Человек, проявляющий словесное или физическое насилие, увеличивает риск стать жертвой жестокого обращения со стороны основного лица, осуществляющего уход. Физическое насилие приводит к физической боли или травмам в виде побоев, ожогов, синяков, физического связывания и передозировки седативных средств. Эмоциональное насилие причиняет душевные страдания посредством оскорблений, унижений, угроз и обращения с человеком как с маленьким ребенком.

#### **Способы борьбы:**

**Если у кого-либо есть разумные основания полагать, что преступление было совершено в отношении беспомощного человека лицом, ответственным за его уход, это лицо должно как можно скорее сообщить об этом социальному работнику в соответствии с законом (сотруднику службы по оказанию помощи) или в полицию.**

# ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ: Права пациента и членов семьи, осуществляющих уход

## Первые шаги в реализации прав

### 1. Запрос о когнитивном статусе

В зависимости от стадии деменции необходимо оценить когнитивную способность пациента к выполнению повседневных задач, включая подписание документов и предоставление информированного согласия на медицинские процедуры. Медицинский диагноз, поставленный специалистом, способствует адекватному планированию ухода. На ранних стадиях деменции рекомендуется рассмотреть возможность оформления долговременной доверенности для управления финансовыми и медицинскими вопросами.

### 2. Сбор медицинской документации

Соберите все соответствующие медицинские документы: документы из больничной кассы, больницы, консультации и обследования у частных врачей и различных учреждений, таких как Институт ационального страхования.

### 3. Сбор страховых документов

Соберите различные страховые полисы, по которым застраховано лицо (сестринский уход, серьезные заболевания, потеря трудоспособности и т. д.)

## Права и услуги

Настоящая глава руководства подготовлена добровольно с помощью юрисконсульта ассоциации ЭМДА, адв. Рафаэля Альмога.

### Помощь в уходе за человеком на дому

По мере обострения заболевания человек нуждается в надзоре, а семья - в помощи с надзором. Семьи, нуждающиеся в финансовой поддержке для оплаты услуг по уходу, могут воспользоваться **пособиями, предоставляемыми по закону о медицинском страховании Института национального страхования**. Эти пособия доступны застрахованным лицам, достигшим пенсионного возраста. В случае, если возраст пенсионного возраста еще не достигнут, необходимо обратиться в Институт национального страхования для получения пособия по общей инвалидности и специальных услуг. Объем поддержки определяется в соответствии с оцененной степенью зависимости, и застрахованное лицо может использовать еженедельные часы в различных службах, включая помощь лица, осуществляющего уход. Один из вариантов - нанять местного опекуна в соответствии с часами, выделенными человеку в соответствии с законом, или проконсультироваться с существующими дневными центрами по месту жительства. Другой вариант - нанять иностранного работника. Некоторым семьям на начальных этапах оказывают помощь в рамках Закона о сестринском уходе. Однако, когда потребность в уходе увеличивается и требуется круглосуточный присмотр, для оказания помощи нанимают иностранного работника.

### Закон о страховании услуг по уходу

Пособия по уходу за больными предоставляются лицам, достигшим пенсионного возраста, проживающим в доме и нуждающимся в помощи другого лица при осуществлении повседневной деятельности, а также лицам, нуждающимся в домашнем присмотре для их безопасности и безопасности окружающих. Пособие предназначено для оказания помощи престарелым и их семьям в уходе за ними.

Пособие выплачивается в соответствии с шестью уровнями права на льготу. Вы также можете выбрать форму получения пособия: наличными, услугами медсестры или их сочетанием.

Условия приемлемости:

**1. Резидент Израиля, достигший пенсионного возраста.**

**2. На пособие по долгосрочному уходу имеет право лицо, которое проживает в своем доме или в пансионате для пожилых людей («диюр муган»).**

Важно знать: Пациенты в учреждении долгосрочного ухода могут иметь право на получение пособия только в том случае, если они находятся в палате для самостоятельных или немощных, в отличие тех, кто госпитализирован в палате долгосрочного ухода. Лицо, имеющее право на пособие по уходу и госпитализированное в больницу общего профиля, может продолжать получать пособие в больнице только в течение первых 30 дней госпитализации. Однако отказ в выплате пособия по уходу не блокирует возможность проверки права на государственное участие в расходах на госпитализацию для ухода при соблюдении условий «Кодекса Минздрава». **Рекомендуется ознакомиться с циркуляром Минздрава, в котором определены пороговые условия и ставки участия государства в расходах на госпитализацию, которые также подробно приведены ниже в данном руководстве.**

**3. Соответствие критериям дохода.** В качестве условия выплаты пособия застрахованный должен доказать, что его доход (из любого источника, включая пособие Национального страхования, за исключением аннуитетов для переживших Холокост и пособий по страхованию на случай длительного ухода) не превышает заранее установленной суммы. Обычно в начале каждого года Ведомство национального страхования публикует обновленную информацию о разрешенном уровне дохода для отдельных лиц и супругов. Поэтому перед подачей иска рекомендуется получить информацию о точных размерах доходов. Здесь следует отметить, что с тех пор, как эпидемия Короны поразила Государство Израиль, Институт национального страхования еще не обновил показатели

«проверки дохода». Важно знать: не рекомендуется подавать иск в те месяцы, в которых застрахованному выплачивается доплата «Оздоровительные выплаты».

Что касается уровня дохода, то на момент написания этого документа (май 2024 г.) физическое лицо, проживающее самостоятельно, чей ежемесячный доход превышает 12 536 шекелей, не имеет права на получение полного пособия по уходу. Однако оно может иметь право на уменьшенное пособие, если его доход не превышает 18 804 шекелей. Застрахованное лицо, проживающее с партнером (официальным или гражданским супругом), не будет иметь права на получение полного пособия по уходу, если их совокупный ежемесячный доход превышает 18 804 шекелей. Тем не менее, они могут иметь право на уменьшенное пособие, если их совокупный доход не превышает 28 206 шекелей в месяц.

**4. Страхователь не получает пособия по специальным услугам для лиц с тяжелой формой инвалидности** (инвалид, получившего травму на работе, или инвалид с общей формой инвалидности) от Национального института страхования, а также не получает пособия по личному уходу или надзору от Государственного казначейства. Получатель такого пособия должен выбрать между ним и пособием по долгосрочному уходу в соответствии с Законом о страховании долгосрочного ухода. Кроме того, тот, кто получает эти пособия от Министерства обороны, не сможет получить пособие по долгосрочному уходу от Национального института страхования: пособие на помощь другим по медицинским показаниям и пособие на сопровождение. Иными словами, тот, кто получает помощь и содействие на фоне своих функциональных ограничений, не может получить двойное пособие.

**5. Страхователь является лицом, нуждающимся в уходе и опеке и нуждается в помощи другого лица** для выполнения простых повседневных действий (изменение позы - садиться, ложиться и т.д., одевание, купание, еда и питье, передвижение и страдает инконтиненцией). Кроме того, если установлено, что застрахованное лицо нуждается в наблюдении дома для обеспечения его собственной безопасности и безопасности окружающих. В связи с этим важно отметить, что при **«необходимости надзора»** можно получить до девяти баллов при оценке зависимости. Пособие по уходу шестого уровня — самого высокого, — предоставляется застрахованному лицу долгосрочного ухода, если его оценка зависимости составляет 9,5 баллов или более. (Подробнее об уровнях зависимости см. ниже).

### Определение функциональной способности

Институт Национального страхования стремится определить уровень права на пособие на основе представленных документов, не проверяя человека на дому, особенно после начала пандемии COVID-19. Поэтому крайне важно приложить все документы, свидетельствующие о функциональных ограничениях. Если невозможно определить уровень соответствия лица только на основании документов, оценка ухода за больным будет проводиться Институтом Национального страхования на дому у человека для проверки его функционирования или по телефону, где в ходе разговора человек или его представитель смогут объяснить функциональные трудности. Рекомендуется систематически фиксировать все функциональные проблемы в хронологическом порядке и прикреплять их к заявлению и медицинской документации, чтобы эксперт мог видеть полную картину.

Важно отметить: если пособие было утверждено на основании документов без функциональной проверки на дому и нет соглашения об установленном уровне права, можно требовать направления оценщика уровня зависимости от опеки на дом для проверки функциональной способности.

В двух ситуациях освидетельствование не проводится: когда застрахованному более 90 лет или когда его функциональное состояние крайне тяжелое. Однако в обоих случаях требуется заключение участкового врача кассы здравоохранения о соблюдении условий закона о предоставлении ухода.

### Какие услуги предоставляются лицам, имеющим право на получение пособия по долгосрочному уходу?

Лица, получающие пособие по уходу, могут сочетать денежные выплаты с услугами,

которые помогают в повседневной жизни и ведении домашнего хозяйства, облегчая уход и надзор для их семьи.

Возможные услуги включают: личный уход на дому с помощью сиделки; посещение дневного центра для пожилых людей (подробности ниже); предоставление санитарно-гигиенических средств для инконтиненции; услуги прачечной.

### Льготные тарифы

Как уже упоминалось, существует шесть уровней права на получение пособий по уходу, которые определяются в зависимости от способности человека функционировать и его зависимости от других, как будет подробно описано ниже. На любом уровне возможно совмещение денежного пособия с услугами по уходу, которые включают: личный уход на дому, посещение дневного центра, получение санитарно-гигиенических средств для инконтиненции, кнопку экстренной помощи и услуги прачечной. Лицо, имеющее право на пособие, выбирает вид услуг из предложенного перечня.

**Уровень 1** - Пособие по уходу на уровне 1 предназначено для тех, кто набрал 2,5–3 балла зависимости при оценке уровня функционирования.

Если застрахованному лицу назначено пособие на уровне 1, он может выбрать один из следующих вариантов:

**Первый вариант** – личный уход на дому. 5,5 часов ухода на дому в неделю.

**Вариант второй** – Услуги без индивидуального ухода на дому. Услуги на сумму девяти единиц обслуживания, включая посещение дневного центра, получение санитарно-гигиенических средств для инконтиненции, кнопку экстренной помощи и услуги прачечной.

**Третий вариант** – денежное довольствие. Вы можете получить надбавку за деньги - 1546 шекелей в месяц (по состоянию на 01.01.2024). Если страхователь решит получить пособие в деньгах, оно будет переведено на банковский счет в следующем месяце после выбора.

**Четвертый вариант** – Сочетание денежного пособия и услуг по уходу. Денежное пособие и услуги на сумму 5,5 единиц в неделю. Возможные компоненты пособия:

**Деньги** - одна единица услуги равна 281 шекелю в месяц.

**Персональный уход на дому** - одна единица услуги равна одному часу ухода в неделю.

**Дополнительные услуги** – посещение дневного центра, получение санитарно-гигиенических средств для инконтиненции, кнопка экстренной помощи и услуги прачечной.

**Уровень 2** - Пособие по уходу уровня 2 назначается для тех, кто набрал 3,5–4,5 балла зависимости при оценке уровня функционирования.

Если назначено пособие по уходу уровня 2, вы будете получать 10 часов ухода в неделю.

**Обмен часов ухода на денежное пособие** – Вы можете обменять до 4 часов ухода на денежное пособие.

Каждый час ухода составляет 225 шекелей в месяц. Например, вы можете получать 6 часов ухода в неделю, а также пособие в размере 900 шекелей в месяц.

Если застрахованный решит получить часть пособия в деньгах, оно будет выплачено на банковский счет в течение месяца после выбора.

**Получение услуг по уходу** – Застрахованный может заменить некоторые или все часы личного ухода на дому на услуги по уходу, которые включают: посещение дневного центра, санитарно-гигиенические средства для инконтиненции, кнопку экстренной помощи и услуги прачечной.

**Уровень 3** – Пособие по уходу уровня 3 назначается для тех, кто набрал 5–6 баллов зависимости при оценке уровня функционирования.

Если назначено пособие по уходу уровня 3, вы можете получать 17 часов ухода в неделю, а в случае найма иностранного работника – 14 часов в неделю.

**Обмен часов ухода на денежное пособие:** Каждый час ухода составляет 225 шекелей в месяц. Часть часов ухода можно обменять на денежное пособие следующим образом: Обмен до четырех часов в неделю на денежное пособие – пособие в размере четырех часов составляет 900 шекелей в месяц. Обмен до пяти часов в неделю на денежное пособие – пособие стоимостью пять часов составляет 1125 шекелей в месяц. Эта возможность подлежит проверке и одобрению социального работника от имени Национального страхования. Например, если

застрахованный нанимает израильского терапевта, он может получать 11 часов терапии в неделю, а также пособие в размере 1350 шекелей в месяц. Если он решит получать часть пособия в денежной форме, она будет выплачена на банковский счет через месяц после выбора. Обратите внимание: Если застрахованный нанимает иностранного работника, можно получить все пособие вместе с денежным эквивалентом за услуги по уходу.

**Получение услуг по уходу** - Застрахованный имеет возможность заменить некоторые или все часы личного ухода на дому на услуги, включающие: посещение дневного центра, санитарно-гигиенические средства для инконтиненции, кнопку экстренной помощи и услуги прачечной.

**Уровень 4** - Пособие по уходу уровня 4 назначается для тех, кто набрал 6,5–7,5 баллов зависимости при оценке уровня функционирования или набрал 6 баллов до 1 ноября 2018 года. Если назначено пособие по уходу уровня 4 – вы можете получать 21 час ухода в неделю, а если застрахованный не нанимает иностранного работника, то 18 часов в неделю.

**Обмен часов ухода на денежное пособие:** каждый час ухода стоит 225 шекелей в месяц. Обменять часть часов ухода на денежное пособие можно следующим образом: Обмен до четырех часов в неделю на денежное пособие - пособие за четыре часа составляет 900 шекелей в месяц. Обмен до семи часов в неделю на денежное пособие - пособие за семь часов составляет 1757 шекелей в месяц. Эта возможность подлежит проверке и одобрению социального работника от имени Национального страхования. Например, если застрахованный нанимает израильского работника по уходу, он может получать 17 часов ухода в неделю, а также пособие в размере 900 шекелей в месяц.

Если застрахованный решит получить часть пособия наличными, оно будет выплачено на банковский счет в течение месяца после выбора. Обратите внимание: застрахованный, нанявший иностранного работника, может получить всю сумму денежного пособия за услуги по уходу.

**Получение услуг по уходу** – Застрахованный имеет возможность заменить некоторые или все часы личного ухода на дому на услуги, которые включают: посещение дневного центра, санитарно-гигиенические средства для инконтиненции, кнопку экстренной помощи и услуги прачечной.

**Уровень 5** - Пособие по уходу уровня 5 назначается для тех, кто набрал 8–9 баллов зависимости при оценке уровня функционирования.

Если застрахованному назначено пособие по уходу уровня 5, вы можете получать 26 часов ухода в неделю, а если нанимаете наемного работника, то 22 часа в неделю.

**Обмен часов ухода на денежное пособие:** каждый час ухода стоит 225 шекелей в месяц. Часть часов ухода можно обменять на денежное пособие следующим образом: Обмен до четырех часов в неделю на денежное пособие - пособие в размере четырех часов составляет 900 шекелей в месяц. Обмен до девяти часов в неделю на денежное пособие - пособие за девять часов составляет 2025 шекелей в месяц. Эта возможность подлежит проверке и одобрению социального работника от имени Национального страхования. Например, если страхователь нанимает израильского опекуна, он сможет получать 22 часа ухода в неделю и пособие в размере 900 шекелей в месяц. Если застрахованный решит получить часть пособия в деньгах, оно будет выплачено на банковский счет в течение месяца после выбора. Обратите внимание: Если застрахованный нанимает иностранного работника, можно получить все пособие вместе с денежным эквивалентом за услуги по уходу. Получение услуг по уходу – Застрахованный может заменить некоторые или все часы личного ухода на дому на услуги, которые включают: посещение дневного центра, санитарно-гигиенические средства для инконтиненции, кнопку экстренной помощи и услуги прачечной.

**Уровень 6** - Пособие по уходу уровня 6 назначается для тех, кто набрал 9,5–10,5 баллов зависимости при оценке уровня функционирования.

Если застрахованному назначено пособие по уходу уровня 6, он может получать 30 часов ухода в неделю. Если застрахованный нанимает иностранного работника, это количество сокращается до 26 часов в неделю.

**Обмен часов ухода на денежное пособие:** каждый час ухода стоит 225 шекелей в месяц. Часть часов ухода можно обменять на денежное пособие следующим образом: Обмен до четырех часов в неделю на денежное пособие - пособие в размере четырех часов составляет 900 шекелей в месяц. Обмен до десяти часов в неделю на денежное пособие

- пособие за десять часов составляет 2250 шекелей в месяц. Эта возможность подлежит проверке и одобрению социального работника от имени Национального страхования. Например, если страхователь нанимает израильского опекуна, можно получить 26 часов ухода в неделю и пособие в размере 900 шекелей в месяц.

Если застрахованный решит получить часть пособия в деньгах, оно будет выплачено на банковский счет в течение месяца после выбора. Обратите внимание: Если застрахованный нанимает иностранного работника, можно получить все пособие вместе с денежным эквивалентом за услуги по уходу.

**Получение услуг по уходу** – Застрахованный может заменить некоторые или все часы личного ухода на дому на услуги, которые включают: посещение дневного центра, санитарно-гигиенические средства для инконтиненции, кнопку экстренной помощи и услуги прачечной.

## Как сделать выбор?

Выбор можно сделать одним из следующих способов:

- Позвонить по номеру \*2637 с воскресенья по четверг с 8:00 до 17:00.
- Выбрать услуги, которые вы хотите получить с использованием калькулятора корзины услуг по уходу» на сайте.

Институт национального страхования, распечатайте форму выбора и отправьте ее на веб-сайте.

- Заполните форму выбора на сайте Национального страхования и отправьте ее на сайте Национального страхования или подайте его в бюро Института Национального страхования по месту жительства.

## Повторное обследование в результате ухудшения состояния здоровья

Если состояние здоровья человека ухудшается после предыдущего обследования или если у него есть временное пособие по уходу, срок действия которого истекает, вы можете подать заявку на повторное обследование (иск в результате ухудшения состояния). Обратите внимание: если вы подадите заявку на повторное рассмотрение, уровень соответствия требованиям может увеличиться или остаться неизменным, но в любом случае он не будет снижен.

Если будет установлено, что лицо имеет более высокий уровень права, оно будет иметь право на получение этого права, начиная с восьмого дня после подачи запроса на повторное рассмотрение. Заявку необходимо подавать на повторное обследование вместе с медицинскими документами, свидетельствующими об изменениях в состоянии здоровья больного. Вы можете заполнить и отправить форму на сайте Национального страхования или подать его в бюро Института Национального страхования по месту жительства.

Обратите внимание: если человек получает пособие максимального уровня (уровень 6), вы не можете повторно подать заявку.

Повторное обследование для тех, кто имеет временную льготу: если лицу было одобрено временное право на получение пособия по долгосрочному уходу, вы можете подать заявку на повторное обследование до окончания временного периода. До достижения 79-летнего возраста - примерно за два месяца до окончания периода временного права на страхование, страхователь будет уведомлен о прекращении его права на страхование. Если нет улучшения функционального состояния, он может обратиться в Институт национального страхования в письменной форме или через веб-сайт с просьбой продолжить свое право на получение пособия. Институт национального страхования рассмотрит заявление и направит уведомление о своем решении. Рекомендуется отправить письмо-заявку примерно за месяц до прекращения временного права на пособие.

80 лет и старше - до окончания периода временного права на получение пособия на дом будет направлен специалист (медсестра или физиотерапевт) для проверки дальнейшего права на получение пособия. Вам не нужно подавать заявку на повторное рассмотрение.



## Обжалование решений Института национального страхования

Решение Института национального страхования о признании требования или установленном уровне права можно обжаловать. Апелляция может быть подана в консультативный комитет или в суд по трудовым спорам (в зависимости от позиции Института национального страхования). Важно знать, что в результате апелляции уровень права на пособие может увеличиться или остаться неизменным, но не будет сокращен. Комитеты работают в трех регионах: на севере, в центре страны и на юге.

В состав консультативного комитета входят врач и медсестра, не являющиеся сотрудниками Института национального страхования. Апелляция в консультативную комиссию должна быть подана в филиал, в котором рассматривалась претензия, в течение 60 дней со дня получения уведомления о решении. В апелляции должны быть указаны причины, а также желание, чтобы слушание состоялось в присутствии лица (или его представителя) либо проходило без присутствия, опираясь только на документы, приложенные к апелляции.

## Сертификат «Право на получение пособия по долгосрочному уходу»

Институт национального страхования высылает справку «Право на получение пособия по долгосрочному уходу» всем лицам, которым было одобрено получение пособия. Сертификат дает право получателям пособия на освобождение от оплаты за вход сопровождающего лица в общественное место. Освобождение от оплаты сопровождающему предоставляется только в тех местах, где вход не требует оказания личного обслуживания или выделения места, например в зоопарке или музее.

Для получения льготы необходимо предъявить сертификат.

## Дополнительные льготы и скидки для получателей пособий по уходу

● **Институт национального страхования** – Льготы по уплате страховых взносов: Получатели пособия по уходу, нанимающие иностранного работника для ухода за больными, освобождаются от уплаты страховых взносов на заработную плату, выплачиваемую работнику, на сумму до 5500 шекелей в месяц (с 1 января 2020 года).

● **Скидка в Электроэнергетической компании** – Получатели пособия по уходу 5 или 6 уровня, а также получатели пособия по уходу за ребенком 4 уровня, которым исполнилось 90 лет, имеют право на скидку 50% на первые 400 кВтч при оплате счета за электроэнергию. Скидка предоставляется автоматически при условии, что счет выписан на имя бенефициара и по внутреннему тарифу. Если скидка не предоставлена, необходимо обратиться в электроэнергетическую компанию с подтверждением Института национального страхования о получении пособия по уходу.

● **Скидка на муниципальный налог на имущество** – Получатели пособия по уходу имеют право на скидку по налогу на имущество, размер которой определяется местным органом власти. Эта скидка предоставляется автоматически. Если скидка не предоставлена, необходимо обратиться в муниципалитет с подтверждением получения пособия по уходу.

● **Пособие на воду** - Получатели пособия по уходу 3 уровня и выше, а также лица, которым назначено пособие по данному размеру, но пособие было уменьшено в связи с доходом, имеют право на дополнительный объем воды в размере до 3,5 м<sup>3</sup> на человека в месяц по низкой ставке. Это пособие предоставляется автоматически. Если скидка не предоставлена, необходимо обратиться в водопроводную компанию с подтверждением от Института национального страхования о получении пособия по уходу.

Адрес проживания бенефициара необходимо обновить в Министерстве внутренних дел.

● **Льгота в Министерстве здравоохранения** - Помощь в финансировании реабилитации и средств передвижения. Запрос на помощь должен быть подан до фактических расходов, для этого вы можете обратиться к семейному врачу и в районные офисы здравоохранения.

● **Разрешение на трудоустройство иностранного работника** – Застрахованное лицо, получившее оценку не менее 4,5 баллов при оценке права на уход (или даже 3 балла и более из-за уменьшенного пособия из-за проверки доходов, или 4 балла для лиц в возрасте 90 лет и старше), может иметь право на получение разрешения на наем иностранного работника. Заявление должно быть подано в Управление по вопросам населения и иммиграции.

Подробная информация о скидках и преимуществах:  
[https://www.btl.gov.il/benefits/Long\\_Term\\_Care/Pages/default.aspx](https://www.btl.gov.il/benefits/Long_Term_Care/Pages/default.aspx)

## Пособие по инвалидности и пособие на специальные услуги

Когда человек, столкнувшийся с когнитивным снижением, **моложе пенсионного возраста**, испытывает трудности с работой или выполнением простой повседневной деятельности, он может иметь право на общее пособие по инвалидности или пособие по специальным услугам (соответственно).

### Пособие по инвалидности

#### Каковы условия получения пособия по инвалидности?

Житель Израиля, достигший 18-летнего возраста и еще не достигший пенсионного возраста, который в результате болезни, несчастного случая или врожденного дефекта испытывает физическое или умственное нарушение, затрудняющее работу и снижающее трудоспособность, имеет право на получение пенсии по инвалидности.

Условия получения пособия по общей инвалидности:

**A.** Застрахованный является резидентом Израиля, взрослым старше 18 лет, который, как указано, еще не достиг пенсионного возраста.

**B.** Застрахованный не работает или его доход за период, превышающий три месяца, составляет менее 60% от средней заработной платы 7522 шекелей (по состоянию на 01.01.2024). Для неработающих замужних женщин будет проводиться проверка на роль домохозяйки, если они не работали 12 месяцев подряд или 24 месяца в течение последних 48 месяцев перед подачей заявления или прекращением работы.

**C.** Врач по поручению Национального института страхования установил медицинскую инвалидность в размере не менее 60%, либо не менее 40% при наличии нескольких медицинских недостатков, если один из них составляет не менее 25%.

**D.** Было установлено, что из-за своей инвалидности застрахованный не может работать или что его способность зарабатывать снизилась не менее чем на 50%.

Размер пособия будет назначаться в зависимости от степени нетрудоспособности, определенной реабилитационным социальным работником или даже профессиональным врачом, в зависимости от одной из следующих ставок: 60%, 65%, 74% или 100%.

#### Как подать заявку на пособие?

Чтобы получить пособие по инвалидности, необходимо заполнить форму заявления на пособие по инвалидности, доступную на сайте Института национального страхования, и приложить следующие документы: Медицинские заключения, Справки о работе и заработной плате с мест работы, Любые другие документы, подтверждающие право на пособие. **Самозанятое лицо** должно уведомить отдел страхования и сборов филиала Института национального страхования об изменениях в своей работе и доходах в связи с инвалидностью, а также представить последние имеющиеся оценки. Претензию и документы можно отправить одним из следующих способов: обратиться к представителю службы по телефону \*3928, который окажет помощь в оформлении и отправке документов; Заполнить онлайн-форму заявления на сайте Института национального страхования и отправить её с дополнительными документами онлайн; Заполнить форму заявления вручную и отправить её с дополнительными документами через сайт; Отправить заявление и документы по почте, факсу или оставить их в сервисном ящике филиала по месту жительства.

#### Размеры пособия по инвалидности

Размер ежемесячного пособия определяется в зависимости от степени нетрудоспособности, установленной комиссией: полная инвалидность (100% или 75%) – полное ежемесячное пособие в размере 4291 шекеля; частичная инвалидность (74%) – частичное ежемесячное пособие в размере 2925 шекелей; частичная инвалидность (65%) – частичное ежемесячное пособие в размере 2636 шекелей; частичная инвалидность (60%) – частичное ежемесячное



пособие в размере 2476 шекелей.

Помимо основного пособия по инвалидности, можно получить надбавку за иждивенцев (детей или супругов), как подробно описано ниже.

**Доплата на детей** – Доплата выплачивается за первых двух детей, которые отвечают одному из следующих условий:

**А.** Они еще не достигли 18-летнего возраста.

**В.** Они служат в армии или на национальной службе, и им еще не исполнилось 24 года.

**С.** Они соответствуют определению ребенка в соответствии с Законом о страховании по старости.

Размер надбавки на детей определяется в зависимости от степени нетрудоспособности: полная степень

(100% или 75%) - сумма надбавки составляет 1106 шекелей; частичная степень в размере 74% - сумма надбавки 818 шекелей; частичная степень в размере 65% - сумма надбавки 719 шекелей; частичная степень в размере 60% - сумма надбавки 664 шекеля;

**Надбавка на супруга** – надбавка выплачивается на супруга, который отвечает следующим двум условиям:

**А.** Сумма дохода супруга составляет до 7 146 шекелей.

**В.** Супруг (а) не получает другого пособия.

Размер надбавки для супруга/супруги определяется в соответствии со степенью нетрудоспособности: полная степень (100% или 75%) - сумма надбавки составляет 1382 шекеля; частичная степень - 74% - сумма надбавки составляет 1023 шекеля; частичная степень - 65% - сумма надбавки составляет 898 шекелей; частичная степень - 60% - сумма надбавки составляет 829 шекелей.

Если в результате обследования будет установлена степень нетрудоспособности 74%, 65% или 60%,

а застрахованный зарабатывает более 2636 шекелей, он будет иметь право на полную доплату для своего супруга и/или детей.

### **Обжалование решения о проценте медицинской инвалидности**

Лица, у которых диагностирована медицинская инвалидность менее 80% или степень инвалидности не более 74%, могут обжаловать этот процент в медицинской комиссии по апелляциям. Апелляцию необходимо подать в филиал Института национального страхования по месту жительства в письменной форме с указанием причин в течение 60 дней со дня получения письменного уведомления учреждения о проценте медицинской инвалидности. Апелляционная медицинская комиссия может подтвердить, увеличить или уменьшить процент медицинской инвалидности, установленный квалифицированным врачом. Решение апелляционной медицинской комиссии является окончательным и не подлежит обжалованию, кроме как по вопросам права. Апелляция должна быть подана в областной трудовой суд в течение 60 дней со дня получения письменного уведомления учреждения о решении медицинской комиссии по апелляциям.

### **Обжалование решения о степени недееспособности**

Лица, у которых установлено, что они не потеряли способность зарабатывать или потеряли менее 50% своей способности зарабатывать, а также те, у кого установлена степень нетрудоспособности, не превышающая 74%, могут обжаловать это решение перед апелляционной комиссией. Апелляцию необходимо подать в филиал Института национального страхования по месту жительства в письменной форме с указанием причин в течение 60 дней со дня получения письменного уведомления учреждения о решении о степени недееспособности.

Апелляционная комиссия может подтвердить степень недееспособности, определенную клерком по рассмотрению претензий, или изменить её (увеличить или уменьшить). Решение апелляционной комиссии является окончательным и не может быть обжаловано, кроме как по вопросам права в региональном суде по трудовым спорам. Апелляция должна быть подана в суд в течение 60 дней с момента получения уведомления учреждения о решении апелляционной комиссии.

### Обжалование других решений инспектора по рассмотрению претензий

Решение инспектора по рассмотрению претензий, не связанное со степенью нетрудоспособности, например, его решение относительно периода работы застрахованного, возраста, образования, доходов от работы или других вопросов, может быть обжаловано в окружном суде по трудовым спорам. Апелляция должна быть подана в суд в течение 12 месяцев со дня получения письменного уведомления специалиста по претензиям о его решении.

### Надбавка на специальные услуги

Люди с деменцией, у которых это заболевание диагностировано до достижения пенсионного возраста, могут получить финансовую помощь для оплаты услуг по уходу, необходимого для повседневной деятельности (одевание, прием пищи, купание, передвижение по дому и контроль выделений) или надзора для предотвращения опасности для жизни для себя и других, посредством надбавки за специальные услуги.

## Условия предоставления льгот

**Страхователь должен отвечать всем следующим условиям:**

1. Быть застрахованным в Институте национального страхования, возраст от 18 до пенсионного возраста и проживать в Израиле.

**Тем, кто находится за границей,** Институт национального страхования будет продолжать выплачивать пособие в течение трех месяцев, если незадолго до поездки он получал пособие как минимум в течение двух месяцев подряд. Если он выезжал за границу на лечение или с целью работы для себя или своего партнера, от имени израильского работодателя, страховая может по своему усмотрению продлить и выплачивать пособие до 24 месяцев (с месяца выезда за границу).

**Те, кто находится за рубежом с государственными командировками, например, с миссиями Министерства иностранных дел,** продолжат получать пособие даже по прошествии 24 месяцев без ограничений и в соответствии с установленными критериями.

**Продолжение выплаты аннуитета после достижения пенсионного возраста** - лицо, достигшее пенсионного возраста, не имеет права на аннуитет, если оно не подало заявление на получение специальных услуг не позднее шести месяцев после достижения пенсионного возраста, и врач Института национального страхования не определил, что оно имеет право на получение пенсии за особые услуги в период до достижения пенсионного возраста. **Те, у кого будет установлено право на пособие за особые заслуги на момент достижения пенсионного возраста,** будут продолжать получать пособие после достижения пенсионного возраста, пока они соответствуют условиям права.

2. Он получает пособие по инвалидности от Института национального страхования и был признан инвалидом по медицинским показаниям в размере не менее 60% (в отношении специальных услуг) или он не получает пособие по инвалидности, но был определен инвалидом по медицинским показаниям по ставке 75% при условии, что он также соответствует следующим условиям: не получает специального пособия для пострадавших от работы от Института национального страхования и не получает оплату за уход за собой или помощь на дому по любому закону, а его ежемесячный доход от работы не превышает пятикратную среднюю заработную плату 62 680 шекелей (по состоянию на 01.01.2024).

3. Лица, получающие льготы в соответствии с соглашением о мобильности, также имеют право на пособие за специальные услуги при условии, что медицинская комиссия Министерства здравоохранения установила, что у него есть инвалидность в передвижении 100%, или что ему необходима инвалидная коляска и он её использует, или что он прикован к постели. Дополнительное условие для автовладельцев: им назначена надбавка за особые заслуги в размере не менее 100%.

4. Он не находится в учреждении, где оказываются медицинские, сестринские или реабилитационные услуги.

## Способ подачи заявления

### Какие документы мне необходимо предоставить?

● **Медицинские документы** - краткие описания заболеваний или любые другие медицинские документы с подробным описанием всех хронических заболеваний, методов лечения и лекарств.

Важно приложить медицинские справки, в которых указывается уровень зависимости, включая медицинский диагноз, снижение способности ориентироваться во времени и месте, нарушение суждений и необходимость наблюдения для предотвращения опасности для застрахованного или членов его семьи. Если есть дополнительные медицинские проблемы, ограничивающие функциональные возможности и выполнение повседневной деятельности, рекомендуется приложить соответствующие медицинские рекомендации.

● **Платежные ведомости за последние шесть месяцев** - для тех, кто сменил работу в прошлом году.

● **Доверенность** - если лицо, подающее заявление, и лицо, подписавшее его, не являются самим претендентом на пенсию, необходимо заполнить раздел 2 формы заявления и приложить доверенность, приказ об опеке или соответствующее решение.

### Как подать заявление?

Заявку и документы можно отправить одним из следующих способов:

● **Обратиться к представителю службы по телефону \*3928** - который окажет помощь в оформлении и отправке документов;

● **Заполнение онлайн-заявки на сайте** и отправка ее вместе с дополнительными документами онлайн.

● **Заполнение заявки вручную** и отправка ее вместе с дополнительными документами через сайт.

● **Подача претензии и документов по почте, факсу или в сервисный ящик** филиала по месту жительства.

После подачи заявления, при необходимости, вы будете вызваны на обследование в медицинскую комиссию, и в случае серьезного заболевания заявление будет рассмотрено в ускоренном порядке. Вы можете бесплатно получить консультацию и услуги по подготовке к медицинским комиссиям в центре «Направляющая рука» («Яд мехавенет»).

## Ускоренный процесс для людей с тяжелыми формами инвалидности

Чтобы облегчить жизнь людям с тяжелыми формами инвалидности и сократить время рассмотрения их заявлений, было решено ускорить процесс обработки заявлений застрахованных лиц с тяжелой формой инвалидности.

Застрахованными с тяжелой инвалидностью, которые будут обследованы в ускоренном порядке, являются лица со следующими состояниями: злокачественные заболевания на стадии активного лечения или в терминальной стадии; мышечная дистрофия и тяжелый туберкулез; первый год после трансплантации почки, сердца, легких, печени, поджелудочной железы или костного мозга; тяжелые инфекционные заболевания, получающие активное лечение; семейная дизавтономия.

В этих случаях врач филиала принимает решение о том, будет ли лечение проходить в ускоренном порядке и требуется ли присутствие соискателя пособия для принятия решения. Заявления, поданные в ускоренном порядке, будут иметь приоритет в обработке, и Институт национального страхования постарается завершить обработку заявления в течение 30 дней с даты его получения.

## Льготные тарифы

Размер пособия за специальные услуги определяется в зависимости от того, в какой степени пациент нуждается в помощи при выполнении повседневной деятельности.

Существует четыре уровня права на пособие:

**1. 50% пособия** - выплачивается тем, кто нуждается в большой помощи при выполнении большинства повседневных действий в большинство часов дня или тем, кто нуждается в постоянном наблюдении. Размер надбавки составляет 1771 шекелей.

**2. Пособие в размере 112%** - выплачивается тем, кто нуждается в большой помощи во всех повседневных делах в большинство часов дня. Размер пособия составляет 4099 шекелей.

**3. Пособие в размере 188%** - выплачивается тем, кто полностью зависит от другого человека для выполнения всех повседневных действий в любое время дня. Размер пособия составляет 6542 шекеля.

**4. Пособие в размере 235%** -(по состоянию на 01.01.2022) - выплачивается тем, кто полностью зависит от другого человека за выполнение всех повседневных действий в любое время дня и нуждается в постоянном надзоре. Размер надбавки составляет 8313 шекелей.

**Доплата для инвалидов на искусственной вентиляции легких:** Человеку на искусственной вентиляции легких, который имеет уровень инвалидности в размере 188%, выплачивается надбавка к пособию в размере 9 813 шекелей.

## Обжалование решения Национального института страхования

Решения медицинской комиссии, касающиеся степени инвалидности (в области общей инвалидности) или степени зависимости от специальных услуг (и размера пособия соответственно), могут быть обжалованы в апелляционную медицинскую комиссию. Апелляция на решение специалиста по претензиям об отклонении иска по другим причинам может быть подана в Региональный суд по трудовым спорам.

Мотивированную письменную апелляцию необходимо подать в течение 90 дней со дня получения письма с решением. Апелляцию необходимо подать в ближайший к месту жительства филиал Института национального страхования.

Апелляция в медицинскую комиссию по апелляциям по поводу общей инвалидности может быть подана в течение 30 дней любым человеком, который претендует на получение пособия за специальные услуги и не имеет медицинской инвалидности в классах, которые имеют право на получение пособия, как описано выше.

Апелляцию в Суд по трудовым спорам могут подать только те лица, чье исковое заявление было отклонено исключительно на основании положений закона или постановлений. Апелляцию в Областной суд по трудовым спорам могут подать и те, кого не устраивает решение Апелляционной комиссии. Апелляционная жалоба должна быть подана в суд в течение 60 дней со дня получения письма с решением.

## Юридическая помощь

Если вы решили обжаловать решение Института национального страхования в Региональном суде по трудовым спорам, как указано выше, вы можете запросить бесплатную юридическую помощь в Бюро правовой помощи Министерства юстиции. Вы должны подать запрос на получение помощи по специальной форме в Бюро юридической помощи в вашем регионе. Каждый раз, когда вы обращаетесь за пособием в Институт национального страхования, вы должны приложить обновленное заключение врача за последние три месяца.

**Для получения информации о скидках и льготах для получателей пособия по инвалидности:**

<https://www.btl.gov.il/benefits/Disability/Pages/default.aspx>

**Вы можете получить полную и актуальную информацию о пособиях по социальному обеспечению через Информационный центр Института национального страхования по телефону \*6050.**

## Освобождение от подоходного налога

Среди многих представителей израильской общественности существует ошибочное мнение, что только работающие граждане могут иметь право на освобождение от подоходного налога при определенных условиях. Важно знать, что лица, страдающие серьезными заболеваниями (согласно статье 5), могут иметь право на освобождение от подоходного налога (согласно разделу 9) независимо от возраста при условии, что они подлежат налоговым платежам.

Соответственно, люди с деменцией, соответствующие условиям закона, могут иметь право на освобождение от подоходного налога, а иногда даже на ретроактивное возмещение сроком на шесть лет.

Условия, дающие право на освобождение:

**а.** Медицинская инвалидность взвешивается в размере 100% по причине одного заболевания или 90% (точнее 89,1%) по ряду взвешенных заболеваний при условии, что уровень одного из заболеваний составляет не менее 40%.

**б.** Инвалидность предоставляется на срок не менее 184 дней (шести месяцев).

В соответствии с Постановлением о подоходном налоге можно подать оценщику заявление об освобождении от налога в соответствии с разделом 9 рядом с местом жительства застрахованного, используя форму заявления, доступную на веб-сайте Налогового управления, вместе с полными медицинскими справками и свидетельством об уплате пошлины. После получения иска оценщик примет меры для вызова застрахованного в комиссию по медицинским показаниям с помощью комитетов Института национального страхования. Если у застрахованного будет обнаружена подходящая инвалидность, он сможет подать иск на получение льготы (координации налога) и взыскать уплаченные налоговые платежи, при условии соблюдения пределов возмещения, установленных законом.

## Права пациентов в силу страхования при утрате трудоспособности и права на уход

Люди, страдающие деменцией, могут иметь право, в зависимости от их возраста и приобретенных страховых продуктов, на ежемесячное пособие, которое поможет им и членам их семьи в повседневных делах и облегчит их жизнь. В этом контексте можно упомянуть два основных и актуальных страховых продукта:

● **Страхование на случай утраты трудоспособности** – Молодой застрахованный, еще не достигший пенсионного возраста, который приобрел страхование на случай утраты трудоспособности или присоединился к пенсионному фонду, включающему страхование типа «пенсия по инвалидности», может иметь право на ежемесячное пособие в случае потери трудоспособности. Объем покрытия зависит от типа приобретенного продукта и предусмотренных в нем условий. Учитывая, что у большинства пациентов диагноз деменции диагностируется после пенсионного возраста, степень использования этих страховок среди людей с болезнью Альцгеймера ниже, чем в страховании на случай длительного ухода. Однако важно ознакомиться с условиями покрытия, прежде чем обращаться в страховую компанию, а при необходимости обратиться к юридическому представителю.

● **Страхование на случай длительного ухода** – Многим людям удалось приобрести страхование на случай длительного ухода на более поздний срок, чтобы быть уверенными, что в случае необходимости страховая компания поддержит их. Как всем нам ясно, лучше не довольствоваться поддержкой государства для достойного существования, учитывая затраты на наем иностранного работника или учреждения по уходу.

Застрахованный, соответствующий условиям страхового случая, может иметь право на компенсацию или участие в **возмещении** расходов по уходу в размере нескольких тысяч шекелей. Большинство полисов ограничены сроком в 60 месяцев, но есть такие, которые предоставляют пожизненное покрытие.

На практике одно из трех заявлений на уход отклоняется, и многие пациенты сталкиваются с отказом страховой компании. Большинство причин отказа связаны с тем, как в полисе определена квалификационная ситуация. Вот почему важно сначала понять, как в страховых полисах определяется «состояние, требующее уход». В циркуляре, изданном в конце 2003 года, было определено, что застрахованный, отвечающий одному из следующих случаев, будет считаться «требующим ухода»: « а. Существенные трудности с выполнением трех из шести повседневных действий (передвижение, переходы, купание, одевание, контроль работы сфинктеров, прием пищи и питья). б. «Психическое истощение» – диагностируемое нарушение познавательных способностей, выражающееся в снижении способности ориентироваться во времени и месте, снижении способности суждения и потребности в наблюдении в течение большей части суток. Этот случай наиболее актуален для людей с деменцией.

Почему так много страхователей по уходу, страдающих деменцией, сталкиваются с отказом от страховой компании? Это разочаровывающая и печальная ситуация, с которой невозможно смириться. Источник проблемы заключается в том, как в полисе определяется «состояние, требующее уход». Вместо однозначного определения оно включает множество переменных, которые оставляют возможность для интерпретации и юридических аргументов, а также служат инструментом для отклонения запросов.

Иногда страховая компания может отклонить претензию по другим причинам, таким как результаты «тайного расследования», или «медицинской информации», скрытая на момент оформления полиса. Бюрократические требования или запросы на повторные анализы могут настолько утомить застрахованного и его семью, что они отчаиваются и сдаются.

Важно разъяснить, что, если застрахованный соответствует условиям полиса по уходу, нельзя сдаваться и необходимо настаивать на получении всех положенных прав. В некоторых случаях разумно будет подать иск в суд. На этом этапе рекомендуется обратиться за юридической консультацией к юристу, разбирающемуся в данной области, и избегать повторного обращения в страховую компанию до получения консультации. Еще один контакт со страховой компанией может дать ей возможность внести изменения и подвергнуть риску права вашего близкого человека.

**С исчерпывающей и подробной информацией и примерами отказа в иске по застрахованному долгосрочному уходу можно ознакомиться на сайте юридической фирмы «Альмог-Шапира», в том числе в судебных решениях – [www.rlaw.co.il](http://www.rlaw.co.il).**

**В случае отклонения претензии вы можете обратиться в отдел оценки вероятности, с помощью адвоката Рафаэля Альмога, лично, по его рабочему телефону – 03-6916637 или даже по электронной почте [refael@rlaw.co.il](mailto:refael@rlaw.co.il) . Запрос не влечет за собой никаких обязательств.**

## Права больных деменцией, переживших Холокост

По вопросам прав людей, переживших Холокост рекомендуется позвонить в Министерство социального равенства по номеру \*8840 или в ассоциацию «Авив для переживших Холокост» по номеру \*5711.

Ниже представлена информация о некоторых правах, на которые имеют право люди, пережившие Холокост и страдающие деменцией. Информация взята с сайта «Авив для переживших Холокост»: <http://avivshoa.co.il>

### Признание деменции у людей, переживших Холокост

Люди, пережившие Холокост и признанные инвалидами в соответствии с Законом о нацистских преследованиях и определенные как выжившие из «первого круга» или в фонде раздела 2 Клеймс Конференс (и получают ежемесячную надбавку из Казначейства), или как выжившие в лагерях и гетто в рамках закона о льготах, или как подневольные работники/дети, сопровождавшие принудительный труд, и страдающие снижением когнитивных функций или деменцией, имеют право на получение признания заболевания.

Выжившие «первого круга» — это те, кто остался в лагерях смерти, концентрационных лагерях и гетто, а также те, кто жил тайной жизнью или под вымышленным именем на территории, оккупированной или аннексированной Германией, или работал на принудительных работах, в том числе дети, подвергшиеся принудительному труду, или находившиеся в трудовых лагерях в Сибири.

Признание производится в размере 25% инвалидности, что приводит к увеличению ежемесячного пособия, получаемого от Управления по правам переживших Холокост при Министерстве финансов. Запрос на признание должен включать заключение гериатра или психогериатра, включая диагноз деменции или результаты психического теста, указывающие на снижение когнитивных функций.

**Признание этого заболевания также может позволить возместить некоторые медицинские расходы, связанные с этим заболеванием:**

1. Участие в финансировании содержания израильского опекуна в размере 778 шекелей в месяц (при условии получения права на пособие по долгосрочному уходу от Института национального страхования).
2. Участие в финансировании содержания иностранного опекуна в размере 1000 шекелей в месяц.
3. Участие в финансировании госпитализации в Учреждении для пожилых людей (доме престарелых) в размере 1400 шекелей в месяц.
4. Возмещение расходов на приобретение санитарно-гигиенических средств для инконтиненции в размере 180 шекелей в месяц.

После того, как орган признал заболевание, необходимо подать отдельную заявку на участие в медицинских расходах для больных, с признанным заболеванием деменцией.

Ниже перечислены права, которые не являются специфическими для людей, переживших Холокост, страдающих болезнью Альцгеймера или деменцией, но относятся к общей популяции людей, переживших Холокост.

### Помощь в финансировании сиделки на девять часов в неделю

#### Условия приемлемости:

1. Лица, признанные пережившими Холокост одним из официальных органов: Управлением по правам переживших Холокост, Клеймс Конференс и BEG (при условии одобрения финансирующих агентств).
2. Лица, определенные как нуждающиеся в уходе согласно уровням 4, 5 и 6, а также лица, определенные на уровне 3 с показателем зависимости 6.

Обратите внимание: проверка дохода, определяющая только это пособие, соответствует критериям Национального страхования, а не потолку дохода от имени фонда социального обеспечения, поэтому те, кто имеет право на половину рабочего времени из-за высоких доходов, не будут иметь право на дополнительные девять часов из фонда социального обеспечения. Потолок дохода в соответствии с законом о сестринском деле можно проверить в Институте национального страхования.

3. Или: те, кто имеет право на надбавку за особые заслуги в размере 112% или 188%.

4. Или: те, кто имеет право на часы «Помощь ближнему» («Эзра ле-зулат») от имени Министерства обороны в объеме не менее 66 часов в месяц.

Как упоминалось выше, можно получать дополнительные девять часов ухода в неделю даже в случае тех, кто получает часы ухода как часть «специальных услуг» или как часть часов «Помощь ближнему» («Эзра ле-зулат»). В обоих этих случаях имена выживших не передаются в фонд социального обеспечения и для получения пособия необходимо подать заявление.

Следует отметить, что в этих случаях не существует проверки дохода Института национального страхования, на которую опирались при утверждении дополнительных девяти часов ухода в неделю, поэтому в этих случаях необходимо также предоставить форму с указанием дохода. Сегодня пособие автоматически предоставляется тем, кто, согласно определению Института национального страхования, имеет право на максимальное пособие по уходу, как указано в разделе 2 выше. Отныне все пережившие Холокост, которые получают пособие по уходу и имеют право на дополнительные девять часов ухода в неделю, будут получать надбавку без необходимости подачи заявления. Реквизиты бенефициаров передаются один раз в месяц в фонд социального обеспечения. Чтобы проверить соответствие критериям, свяжитесь с фондом.

Чтобы получить выплату, свяжитесь с Клеймс Конференс напрямую по телефону: 03–5194401.

### Краткосрочный уход после выписки из стационара

До 50 часов ухода на срок до двух месяцев через компании/ассоциации, предоставляющие людей, осуществляющих уход.

Если переживший Холокост будет признан нуждающимся в уходе в течение этого периода времени, его право на часы ухода за больными прекратится немедленно после уведомления фонда. Кто имеет право на получение помощи:

- Лица, пережившие Холокост, признанные Управлением по правам переживших Холокост при Министерстве финансов.
- Лица, которые не получают права на уход за больными от Института национального страхования/ пособия на специальные услуги/часы услуг опекуна от «Помощь ближнему» Министерства обороны.
- Лица, чей личный ежемесячный доход не превышает 10 038 шекелей брутто на человека в месяц, исключая аннуитеты и вознаграждения
- Лица, которые вот-вот будут выписаны из госпитализации (даже однодневной).
- Лица, получившие рекомендацию социального работника больницы о необходимости помощи.

Обратите внимание: чтобы проверить право на пособие, обратитесь к социальному работнику больницы во время госпитализации.

### В рамках общественной медицины

До 50 часов ухода на срок до двух месяцев через компании/ассоциации, предоставляющие людей, осуществляющих уход.

Если переживший Холокост будет признан нуждающимся в уходе в течение этого периода времени, его право на часы ухода за больными прекратится немедленно после уведомления фонда. Условия приемлемости:

- Лица, пережившие Холокост, признанные Управлением по правам переживших Холокост при Министерстве финансов.
- Лица, которые не получают права на уход за больными от Института национального страхования/ пособия на специальные услуги/часы услуг опекуна от «Помощь ближнему» Министерства обороны.
- Лица, чей личный ежемесячный доход не превышает 10.038 шекелей брутто на человека в месяц, исключая аннуитеты и вознаграждения
- Соответствие медицинским/социальным критериям.

Чтобы проверить право на участие, обратитесь к социальному работнику больничной кассы с медицинским заключением, подписанным врачом.

## Дневные центры

Дневные центры были созданы для предоставления услуг и мероприятий, предназначенных для пожилых людей, инвалидов и лиц с когнитивными нарушениями, с целью улучшения их качества жизни и облегчения нагрузки на членов семьи.

Пожилые люди, посещающие дневной центр, проводят время, общаясь с мужчинами и женщинами своего возраста, а также участвуют в мероприятиях, направленных на приятное проведение времени и стимулирование их участия в социальной, физической, познавательной и творческой деятельности.

Дневные центры предназначены в первую очередь для пожилых людей, страдающих функциональными нарушениями. Они обеспечивают человеку и его семье вспомогательные услуги, способствуют отсрочке или даже предотвращению перевода человека в институциональное учреждение и позволяют ему стареть в своем доме и естественной среде.

Эти центры функционируют как социальные учреждения с упором на здоровье и уход, и управляются местными ассоциациями, действующими в интересах пожилых людей под руководством службы по делам пожилых людей Министерства социального обеспечения.

Существуют отдельные центры для людей с когнитивными нарушениями или центры, имеющие специальные отделения для этой группы населения. Также имеется программа, сочетающая реабилитационные и социальные услуги, в сотрудничестве с Министерством здравоохранения и фондами медицинского страхования.

Некоторые центры работают с 8:00 до 13:00, другие — до 15:00, а некоторые открыты до 19:00 за дополнительную плату.

Дневной центр также используется пожилыми членами общины как центр оказания услуг и социальной активности на протяжении всего дня.

Направление в дневной центр осуществляется через социальных работников отделений социальных служб местных органов власти. Оплата дневного центра может быть произведена в рамках закона о сестринском уходе или в частном порядке.

### Услуги, предоставляемые в дневном центре

- **Персональные услуги:** Транспортировка до и из дневного центра, завтрак и обед, а в некоторых центрах также купание, стрижка, маникюр, педикюр и прачечная.
- **Профессиональные услуги:** Физиотерапия, эрготерапия, физическая активность, осмотр медсестры, назначение лекарств, консультации с социальным работником и гериатрическая консультация для пожилого человека и его семьи.
- **Социальные услуги:** Занятия, лекции и управляемые беседы, поделки, фильмы, игры, поездки и вечеринки, а также занятия садоводством.

### Иностранные опекуны

Некоторые семьи предпочитают пользоваться услугами иностранных опекунов. Выбор зависит от возможностей каждой семьи и её предпочтений — устраивает ли их постоянное присутствие дополнительного человека дома? Есть ли у них возможность предоставить ему или ей жилье? И другие факторы. Если семья заинтересована в этом варианте, необходимо начать процедуру получения лицензии на трудоустройство работника. В Израиле существует множество агентств, которые организуют проезд лиц, осуществляющих уход, в Израиль, и вам стоит воспользоваться их услугами, поскольку они осведомлены о процедуре взаимодействия с властями.

### Критерии выдачи разрешения на привлечение иностранного работника в отрасли оказания ухода

Эта услуга позволяет пациенту, который не находится на лечении в институциональном учреждении (за исключением пансионатов для пожилых людей - «диюр муган»), подать заявку на получение разрешения на трудоустройство иностранного лица, осуществляющего уход.

На это имеет право пациент, достигший пенсионного возраста и отвечающий одному из этих условий:

- Пациент набрал 4,5 балла по шкале зависимости.
- Пациент набрал четыре балла по шкале зависимости плюс один балл на частичный надзор.
- Пациент набрал не менее половины балла в разделе «надзор» теста на зависимость плюс один балл.
- Согласно решению апелляционной комиссии Института национального страхования, рассматривающей апелляцию по поводу пособия по уходу, пациент может получить право на пособие по уходу 5-го или 6-го уровня, даже без прохождения теста на зависимость.
- Пациент в возрасте 90 лет и старше имеет право на получение разрешения на трудоустройство опекуна, даже если он набрал всего четыре балла.

Результаты теста на зависимость застрахованного лица доставляются непосредственно Институтом национального страхования непосредственно Иммиграционному управлению. Обратите внимание: Иммиграционная служба опирается на баллы зависимости, определенные Институтом национального страхования.

Пациенты, не соответствующие критериям для проведения теста на зависимость по стандартам Института национального страхования из-за высокого дохода, могут подать заявление на прохождение теста на определение зависимости непосредственно в отделение медсестер.

- Пациенты в возрасте от 18 лет до пенсионного возраста, которым Институт национального страхования установил право на получение специального пособия по услугам.

### Процедура подачи заявки

Заполните форму заявления на получение разрешения на трудоустройство иностранного лица, осуществляющего уход, приложите необходимые документы (обязательство работодателя, отказ от сохранения медицинской тайны, подтверждение оплаты **сбора за подачу заявления** и ксерокопию удостоверения личности пациента вместе со вкладышем) и отправьте его в отдел выдачи разрешений в отрасли оказания ухода. Вы можете воспользоваться услугами социального работника от имени лицензированного частного бюро, которое будет заниматься привлечением, посредничеством и трудоустройством иностранного работника для вас.

Утверждение заявления выполняется на основе результатов теста на зависимость, проводимого Институтом национального страхования. Результаты теста на зависимость будут переданы Институтом национального страхования напрямую в Управление по народонаселению и иммиграции, и их не нужно прикреплять к формам заявления.

### Процесс подачи заявления на трудоустройство иностранных работников, для тех, кто не имеет права на долгосрочное пособие по уходу из-за высокого дохода

Лица пенсионного возраста и старше, желающие нанять иностранных работников и не прошедшие проверку на зависимость Института национального страхования из-за дохода, будут направлены в подразделение для проведения проверки на зависимость в рамках обработки заявления на трудоустройство иностранного работника. Эта процедура предполагает оплату регистрационного сбора. Вышеуказанное лицо будет иметь право на получение разрешения на трудоустройство иностранного работника, если оно набрало требуемый балл по этому тесту.

**Работодатель несет ответственность за организацию процесса регистрации иностранного работника через частное бюро.**

### Особый порядок найма иностранного работника после выписки из стационара

Пациент, которого собираются выписать из больницы или дома престарелых и, который нуждается в тщательном уходе для поддержания терапевтической последовательности, имеет право получить разрешение на трудоустройство иностранного работника, даже если общие условия приемлемости для найма иностранного работника для ухода не соблюдены. Разрешение выдается на три месяца. Разрешение позволяет трудоустроить иностранного работника, который находится в Израиле по закону. Вы не можете привезти

иностранного работника из-за границы на основании этого разрешения. По истечении трех месяцев можно продлить срок действия разрешения при условии соблюдения общих условий приемлемости для найма иностранного работника для ухода за больными.

### **Права и условия найма иностранных работников**

Важно помнить, что иностранные рабочие, прибывающие в Израиль, подпадают под действие всех законов, изложенных в Законе о труде Израиля. Таким образом, все законы, применяемые к работникам в израильской экономике, распространяются и на иностранных рабочих.

Во многих случаях иностранные рабочие, прибывающие в Израиль, не знают о своих правах и условиях трудоустройства. Однако очень важно обеспечить, чтобы иностранный работник получил все предусмотренные условия труда, включая социальные гарантии. Израильские правоохранительные органы строго наказывают работодателей, которые не соблюдают эти условия.

**Ниже приводится разбивка условий и прав:** (Рекомендуется быть в курсе событий и получать полную информацию от компании по предоставлению работников по уходу)

Иностранному работнику будет выплачиваться ежемесячная заработная плата до 9-го числа каждого месяца, за предыдущий месяц. Эта зарплата включает, среди прочего:

- **Минимальная заработная плата** - иностранный работник имеет право на оплату не ниже минимальной заработной платы, установленной законодательством.

- **Оплата сверхурочной работы** - иностранные работники имеют право на компенсацию за сверхурочную работу, если рабочее время превышает обычные часы. Исключение составляют иностранные работники, работающие на дому у пациента, которые не имеют права на компенсацию за сверхурочную работу.

- **Ежегодный отпуск и отпуск по болезни** - Иностранные работники имеют право на ежегодный оплачиваемый отпуск, а также на оплату больничных дней.

- **Оплата за отсутствие в праздничный день** - иностранные работники имеют право на оплату девяти праздничных дней в году, выбирая между религиозными праздниками своей веры или израильскими праздниками. Работники с фиксированной ежемесячной зарплатой получают оплату без вычета дней отсутствия в связи с праздником, а почасовые работники получают оплату, если они выполнили соответствующие условия.

- **Оплата за работу в выходные и праздничные дни** - иностранные работники имеют право на дополнительное вознаграждение за работу в еженедельные выходные или в праздничные дни.

- **Выплата оздоровительных** - работник, отработавший один год, имеет право на единовременную ежегодную выплату оздоровительных, рассчитываемую в зависимости от стажа работы на одном месте: за первый год – пять дней, за второй и третий год – шесть дней, за четвертый-десятый годы – семь дней.

- **Компенсация командировочных расходов** - помимо заработной платы, работникам компенсируются расходы на проезд до места работы и обратно.

- **Дни траура** - Иностранные работники имеют право на выплату заработной платы, если они отсутствовали на работе из-за дней траура по родственнику первой степени.

Работодатель может выплачивать работнику заработную плату наличными. Если работник согласен, работодатель может выплатить работнику заработную плату путем внесения платежа на банковский счет работника, где только работник имеет доверенность, или по банковской тратте (чеку), при условии, что чек может быть погашен до конца месяца, за который выплачивается заработная плата.

Работодатель может с письменного согласия и за подписью работника выплачивать до 10% заработной платы продуктами питания и напитками (за исключением опьяняющих напитков), предназначенными для употребления на рабочем месте.

**Вы можете получить соответствующую информацию в национальном сервисно-информационном центре Управления по вопросам народонаселения и иммиграции \* 3450. Горячая линия работает с воскресенья по четверг с 8:00 до 12:00.**

## Опекунство

Заявление о назначении опекуна подается в случае, если лицо не в состоянии заботиться о своих личных, имущественных или медицинских вопросах. Назначение опекуна невозможно без судебного процесса и постановления суда по семейным делам. Член семьи, желающий стать опекуном, может подать заявление в суд самостоятельно или через адвоката. Если член семьи госпитализирован, социальный работник больницы может помочь в заполнении и подаче заявления в суд в случаях, когда необходимо назначить опекуна по медицинским вопросам. Можно запросить постоянное или временное назначение опекуна как для ухода за телом, так и для управления имуществом.

### Способ подачи заявления

Необходимо заполнить форму заявления, размещенную на веб-сайте судебного органа, и приложить к ней все необходимые документы, включая следующие: письма о согласии от ближайших членов семьи; медицинские записи, подтверждающие психическое или медицинское состояние лица, для которого требуется назначение опекуна; медицинская справка от квалифицированного врача-специалиста (вместо показаний под присягой) и письменные показания, подтверждающие информацию, изложенную в заявлении. Аффидевит может быть проверен в присутствии адвоката или лица, обладающего полномочиями в суде (должностного лица). В случае, если ближайший родственник не согласен с назначением опекуна, он должен быть добавлен в качестве ответчика к заявлению и ему необходимо будет предоставить возможность ответить на заявку в установленном порядке.

Форма и все необходимые документы должны быть поданы в секретариат суда по семейным делам в двух экземплярах.

Запрос должен быть направлен в суд, имеющий юрисдикцию по месту жительства лица, для которого испрашивается назначение опекуна. Открытие процедуры предполагает уплату комиссии.

В срочных случаях, когда требуется быстрое рассмотрение, рекомендуется указать в заявлении, что оно является срочным. Следует отметить, что до принятия окончательного решения по запросу запрашивается временное назначение. Заявление можно подать самостоятельно, попросив помощника секретаря суда представить его дежурному судье для быстрого принятия решения.

**За дополнительной информацией обращайтесь в Информационный центр суда по семейным делам: 077-2703333. Вы можете скачать соответствующие формы опекунства на веб-сайте судебной власти.**

### Длительная доверенность

Длительная доверенность — это относительно новый юридический инструмент (введен в 2017 году), позволяющий любому совершеннолетнему лицу (старше 18 лет) определить, как и кем будут вестись его дела в будущем, когда он не сможет справиться с ними самостоятельно, при условии, что он понимает смысл, цели и последствия выдачи доверенности. Поэтому уже на данном этапе нам отметить, что для лиц, страдающих когнитивным снижением, нет никаких препятствий для подписания длительной доверенности, **при условии**, что они понимают значение доверенности. Чтобы убедиться в этом, рекомендуется провести комплексную нейрокогнитивную оценку с помощью специалиста (невролога, гериатра или психогериатра).

Человек (называемый «доверитель») добровольно выбирает, кто будет заниматься его делами и каким будет его жизнь, если его состояние ухудшится до такой степени, что он не сможет самостоятельно справиться с этими обязанностями. Это решение принимается на этапе, когда человек еще способен принимать решения и понимать их последствия. Ухудшение состояния может быть вызвано несчастным случаем, болезнью (например, деменцией), психическими или умственными нарушениями, которые ухудшают способность человека рассуждать. Назначение доверенного лица осуществляется в рамках длительной



доверенности, которая дает этому лицу право действовать от имени доверителя в будущем, когда он больше не сможет самостоятельно управлять своими делами. Обычно доверитель выбирает доверенное лицо на основе доверия и близости с ним (например, супруг(а), родители и дети) или из-за его специализации или профессионального опыта (например, бухгалтер или юрист). Доверитель может предоставить длительную доверенность на все свои дела - личные, медицинские и имущественные или только на некоторые из них.

Составление и подписание длительной доверенности должны осуществляться в присутствии квалифицированного юриста (или другого профессионала, если доверитель желает оформить только медицинскую длительную доверенность). В дополнение к подписи доверителя также требуется подпись доверенного лица. Подписи доверителя и доверенного лица служат подтверждением согласия с содержанием продолжительной доверенности.

### **Необходимо проводить различие между этапом составления действующей доверенности и её сдачей на хранение:**

#### **Составление**

Доверитель оформляет долгосрочную доверенность только у адвоката, прошедшего специальную сертификацию от имени Генерального опекуна. Список адвокатов, уполномоченных оформлять долгосрочные доверенности, размещен на сайте Коллегии адвокатов.

Длительная доверенность составляется юристом в режиме онлайн (через защищенную правовую систему) после проведения двух личных встреч: одна встреча только с доверителем для понимания его потребностей и получения всех необходимых данных, и вторая встреча с доверителем и назначенным доверенным лицом.

#### **Депозит**

После составления документа длительная доверенность должна быть передана на хранение Генеральному опекуну Министерства юстиции.

Адвокат, составивший долгосрочную доверенность, внесет её на хранение в онлайн систему. По окончании редактирования документа в компьютеризированной системе, адвокат должен выбрать, каким образом документ будет внесен на хранение в соответствии с решением доверителя:

**Депозит у адвоката** - осуществляется путем отправки оригинальной электронной копии через компьютеризированную систему Генерального опекуна, подписанной в электронной форме адвокатом, перед которым был составлен и подписан документ.

**Депозит у доверителя** - производится в два этапа. На первом этапе - депозит у адвоката, как указано в разделе 1. На втором этапе - назначивший должен ввести файл через государственную систему идентификации и утвердить документ, представленный адвокатом в онлайн-системе.

### **Длительная медицинская доверенность (только по медицинским вопросам)**

#### **Составление**

Можно составить только медицинскую длительную доверенность. Доверенность по медицинским вопросам можно составить в присутствии одного из следующих специалистов: врача, психолога, социального работника и медсестры. Длительная медицинская доверенность, оформленная в присутствии адвоката, не получившего сертификацию от Главного опекуна или в присутствии профессионала, оформляется вручную, по форме D. Длительная медицинская доверенность, оформленная в присутствии адвоката, получившего сертификацию от Генерального Хранителя, может быть оформлена как онлайн, так и вручную.

## Депозит

Депозит медицинской доверенности доверителем может быть выполнен одним из следующих вариантов:

- **Через новый сервис** - умная идентификация доверителя на доступном сайте правительства и загрузка сканированного документа медицинской доверенности.

- **Личное обращение** - подача доверенности лично доверителем в соответствующий округ к Генеральному опекуну.

Передача по доверенности – внесение медицинской доверенности, составленной в прошлом году и вступившей в силу до её сдачи на хранение, осуществляется путем личной подачи документа доверителем в соответствующий округ к генеральному опекуну вместе с заявлением о вступлении в силу. В любом случае доверителю необходимо иметь при себе оригинал медицинской доверенности.

**Подробная информация о долговременной доверенности доступна на сайте Министерства юстиции.**

**Для получения дополнительной информации свяжитесь с Министерством юстиции по телефону 08-6831664**

## Госпитализации в учреждения сестринского ухода

На прогрессивной стадии заболевания вы можете решить, что лучшим решением будет госпитализация больного члена семьи в специализированное учреждение. Госпитализация в учреждение сестринского ухода может сопровождаться тяжелыми переживаниями и чувством вины. Важно помнить, что госпитализация не всегда является плохим решением для пациента и его семьи. Иногда профессиональная помощь, которую получает больной деменцией человек, может быть более качественной, чем та, которую он может получить дома.

При обсуждении вопроса о госпитализации следует учитывать следующие моменты:

Как переход в учреждение повлияет на человека? Улучшит ли переход его состояние или может вызвать ухудшение? Когда следует госпитализироваться? Какое место подходит для госпитализации? Как справиться с расходами на госпитализацию? Какие ресурсы и умственные силы доступны члену семьи, и смогут ли они продолжать оказывать соответствующий уход, сохраняя свое физическое и психическое здоровье?

При рассмотрении возможности госпитализации больного члена семьи следует посетить возможные учреждения и проверить условия ухода, атмосферу, отношение персонала и уровень чистоты. Также важно узнать, какие дополнительные услуги предоставляются. Это позволит семье получить общее представление и сформировать мнение для принятия взвешенного решения. Рекомендуется также проконсультироваться со специалистами, такими как гериатр или социальный работник, знающими пациента.

## Финансирование

Стоимость госпитализации в учреждение сестринского ухода может быть значительной, что представляет собой финансовое бремя для семьи пациента. Любой гражданин или резидент Израиля может обратиться в Министерство здравоохранения с запросом на помощь в финансировании долговременной госпитализации (далее: «Код Министерства здравоохранения»).

## Условия получения кода Минздрава и помощи от государства

Помощь обусловлена определением пациента, который имеет право на госпитализацию, как лица, нуждающегося в длительном уходе или эмоционально истощенного, районным гериатром в «классификационном комитете» от имени Министерства здравоохранения и зависит от участия пациента и членов его семьи в расходах на госпитализацию в соответствии с приказом генерального директора Министерства здравоохранения.

Документы, которые необходимо предоставить при первоначальном заявлении на госпитализацию в учреждение сестринского ухода через Министерство здравоохранения:

- Заполненная и подписанная первоначальная форма заявки на институциональное соглашение.
- Ксерокопия удостоверения личности кандидата на госпитализацию, включая вкладыш с адресом.
- Обновленная форма лечебно-сестринской и функциональной информации за последний месяц, заполненная врачом и медсестрой после осмотра кандидата на госпитализацию.
- Подробное медицинское резюме от учреждения, из которого направлен кандидат, или от местного врача, включая резюме госпитализаций (выписные эпикризы) за последний год. В письме будут указаны медицинские проблемы, методы лечения и анализы, проведенные пациенту в последнее время, а также его предыдущий и текущий функциональный статус, определенный лечащим врачом (примечание: окончательное определение функционально-медицинского статуса будет принято классификационным комитетом управления здравоохранения).
- Социальный отчет о предоставлении услуг пожилому человеку, заполняемый социальным работником, знающим человека и его семью.
- Если больной страдает когнитивными нарушениями и не может разобраться в вопросе госпитализации, и у члена семьи имеется приказ о назначении опекуна для больного, являющегося кандидатом на госпитализацию, необходимо приложить заявление, подаваемое в суд о назначении опекуна, доверенность на медицинское лечение, непрерывную или совмещенную доверенность, оформленную пациентом, пока он еще был в состоянии разобраться в деле, или назначение судом члена семьи или иного лица в качестве лица, поддерживающего принятие решения для пациента, являющегося кандидатом на госпитализацию. В некоторых случаях или в зависимости от диагноза потребуются дополнительные медицинские справки.

### Способ подачи документов

Указанные документы необходимо подать в отделение хронических заболеваний (гериатрическое отделение или отделение долговременных заболеваний) бюро здравоохранения по месту жительства кандидата на госпитализацию (по адресу, указанному в приложении к удостоверению личности). Документы можно подать онлайн, по электронной почте, по факсу или лично в соответствующее отделение хронических заболеваний.

### Классификация кандидата на госпитализацию

После подачи первоначального заявления и всех необходимых документов пациенту (заявителю на госпитализацию) по месту жительства или там, где он находится (если он не находится дома), будет нанесен визит с целью определения его медико-функциональной классификации как имеющего право на получение услуги. Посещение будет осуществляться медсестрой, а иногда и социальным работником от имени Министерства здравоохранения. Дата визита будет согласована с основным лицом, осуществляющим уход, или членом семьи. Встреча состоится в кратчайшие сроки, но не позднее 14 рабочих дней с момента подачи всех документов.

После проведения данного визита «Классификационный комитет» при Минздраве, в состав которого входят областной гериатр (председатель комитета), медсестра и социальный работник, обсудит состояние пациента, опираясь на всю информацию о нем и определит: относится ли пациент к категории «требующий длительного ухода» или «эмоционально истощенный». Согласно этому определению, будет определено, соответствует ли он критериям госпитализации как пациент, нуждающийся в длительном уходе, или пациент, эмоционально истощенный.

В качестве альтернативы Комитет может определить, что пациент не определяется как пациент, нуждающийся в длительном уходе, или пациент, эмоционально истощенный, поскольку его медико-функциональное состояние требует другого решения. В этих случаях пациент должен обратиться в соответствующие органы Заявитель будет проинформирован о решении комитета.

## Обжалование и пересмотр решения классификационного комитета

Решение классификационного комитета может быть пересмотрено в нескольких возможных обстоятельствах:

- Если произошло изменение, которое оправдывает пересмотр его классификации, будь то ухудшение или улучшение. Сотрудники Бюро здравоохранения могут инициировать повторное обсуждение классификации, если по этому вопросу будет предоставлена новая информация.
- Если с момента принятия решения классификационной комиссией прошло три и более месяца, а лицо еще не госпитализировано, необходимо будет обновить решение о его классификации на основании актуальных документов и обследования в зависимости от обстоятельств.
- Семья может обжаловать решение классификационной комиссии, подав мотивированное заявление в письменной форме о пересмотре определения классификации пациента вместе с актуальными или дополнительными медицинскими документами.

Семья, которая подала апелляцию в Окружной классификационный комитет, и апелляция была отклонена, может обжаловать классификацию путем письменного запроса к начальнику отдела гериатрии Министерства здравоохранения вместе со всеми соответствующими документами по адресу: Начальник отдела гериатрии Министерства здравоохранения, улица Йирмиягу 39, а/я 1176 Иерусалим 9101002 или через колл-центр «Глас здоровья» \*5400.

## Выбор учреждения по длительному уходу

Министерство здравоохранения позволяет пациенту, который является кандидатом на госпитализацию, и членам его семьи выбирать соответствующее учреждение сестринского ухода из числа учреждений, утвержденных Министерством, в соответствии с их предпочтительным местоположением и другими соображениями, с которыми они сталкиваются. Учреждение должно соответствовать трем необходимым условиям:

- Учреждение работает по лицензии Министерства здравоохранения.
- В учреждении есть отделение, подходящее для пациента, нуждающегося в длительном уходе, или пациента, эмоционально истощенного, в зависимости от обстоятельств.
- Министерство здравоохранения может оплачивать услуги такого учреждения (в рамках тендера на закупку услуг по госпитализации в учреждение сестринского ухода Министерством здравоохранения).

Выбор учреждения для пациента осуществляется из системы поиска госпитализаций по направлению гериатрии и хронических заболеваний по всей стране. С помощью системы можно найти соответствующие учреждения для госпитализации, которые имеют отделения для пациента, нуждающегося в длительном уходе, или пациента, эмоционально истощенного и которые заключили договор с Министерством здравоохранения на госпитализацию в учреждение сестринского ухода. В остальных учреждениях, работающих по лицензии, но не имеющих договора с Министерством здравоохранения, госпитализация возможна только в частном порядке, без финансовой помощи.

## Расчет участия семьи в финансировании госпитализации

Помощь в финансировании сестринской госпитализации обусловлена сооплатой пациента и членов его семьи (супруга(и) и их совершеннолетних детей). Размер сооплаты определяется согласно циркуляру Генерального директора 08/2018, в соответствии с финансовыми возможностями пациента и его/ее семьи. Уже на начальном этапе обращения в Минздрав (до определения функционального медицинского статуса пациента) можно запросить общую (необязательную) симуляцию для расчета расчетной суммы сооплаты пациента и членов его семьи в длительной госпитализации по уходу.

При определении суммы сооплаты пациента и его семьи их доходы и принадлежащие им финансовые активы будут учитываться в следующем порядке:

1. Доходы и активы пациента и его супруги(а): Текущие доходы каждого из них, включая доходы от принадлежащих им объектов недвижимости. Финансовые активы (сбережения) пациентов или их супругов.

2. Текущий доход совершеннолетних детей пациента (но не сбережения).

Начиная с 1/2/2019, будет предоставлено сокращение на 500 шекелей от ежемесячной ставки участия «детей пациента». Это сокращение будет применяться как к платежам за участие детей существующих пациентов (которые уже получили «код сестринской госпитализации»), согласно тарифу с января 2019 года, так и к платежам за участие детей пациентов, которые находятся в процессе получения «кода сестринской госпитализации» или которые будут применяться в будущем.

Однако в тех случаях, когда дети пациента обратились в апелляционную комиссию и для них была утверждена скидка, они получают самую высокую скидку среди скидок апелляционной комиссии или уменьшение ежемесячного участия на 500 шекелей.

### **Апелляция на сумму сооплаты**

Семья, которая считает, что из-за определенной проблемы не сможет выплатить установленную для нее долю участия, может подать апелляцию. Обращение в апелляционную комиссию подается через социального работника бюро здравоохранения вместе с соответствующими документами и письмом.

Для дополнительной информации вы можете позвонить в службу «Глас здоровья» по номеру \*5400. Более подробную информацию о помощи в финансировании долгосрочной госпитализации можно найти на сайте Министерства здравоохранения.

### **Парковочный талон («тав нахе») для инвалидов**

Право на парковочный талон для инвалидов предоставляется тем, кто отвечает одному из следующих условий:

Ограниченная мобильность:

- Человек, нуждающийся в транспортном средстве в качестве средства передвижения в силу медицинских ограничений или степени инвалидности, достигает не менее 60%, а его передвижение без транспортного средства на дорогах может подорвать состояние его здоровья. Необходимо приложить актуальные медицинские справки (сроком не более трёх месяцев).

- Жертвы военных действий: Необходимо приложить справку об инвалидности из отдела «Жертвы военных действий» Института национального страхования, подтверждающую, что передвижение без автомобиля может подорвать здоровье инвалида с ограниченными возможностями.

- Слепота: Необходимо иметь справку Министерства благосостояния. Сертификат автоматически передаётся в систему Лицензионного бюро, его наличие не требуется.

- Инвалиды по поручению Департамента реабилитации в Минобороны – необходимо убедиться в наличии разрешения Министерства обороны. Сертификат автоматически передаётся в систему Лицензионного бюро, его наличие не требуется.

**Для получения парковочного талона подготовьте все следующие документы:**

- Форма заявки на парковочный талон для инвалидов.

- Медицинские документы за последние три месяца (рекомендуется иметь копию при себе). В некоторых случаях прикреплять документы не требуется, необходимо только подать онлайн-заявку на обновление транспортных средств для лиц с удостоверением инвалида по слепоте, направлением от реабилитационного отдела Министерства обороны или утверждением участкового врача Министерства здравоохранения.

Заявление подаётся онлайн с приложением соответствующих документов. Статус заявки можно проверить, оставив онлайн-запрос на тему «Парковочный талон для инвалидов» или обратившись в колл-центр \*5678.

Более подробную информацию можно найти на сайте Министерства транспорта.

## Права лиц, осуществляющих уход за членами семьи

Информация предоставлена ассоциацией caregivers в Израиле

Уход за родственником, у которого диагностирована деменция, обычно осуществляется из чувства ответственности, преданности и любви. Однако этот процесс приносит с собой проблемы и сложности, затрагивающие все сферы жизни ухаживающего члена семьи.

Эта информация суммирует права, предназначенные для облегчения заботы и поддержки семейных опекунов.

### Права на рабочем месте:

● **Больничные дни для ухода за родителем или супругом(ой):** Член семьи имеет право отсутствовать на работе из-за болезни родителя или супруга за счет больничных дней, на которые он имеет право, – до шести рабочих дней в год (Закон о пособиях по болезни, 1998 год).

● **Больничные для ухода за супругом(ой) с диагнозом злокачественного заболевания:** Член семьи имеет право отсутствовать на работе из-за злокачественного заболевания партнера, за счет больничных дней, на которые он имеет право, – до 60 дней в году.

● **Выходное пособие:** Член семьи, который уволился из-за плохого состояния здоровья пациента, имеет право на выходное пособие (раздел 6 Закона о выходном пособии, 5723 (1963) г.).

● **Освобождение от явки в службу занятости с целью получения пособия по доходам:** Лицо, осуществляющее уход за больным членом семьи (супругом или родителем), нуждающимся в постоянном присмотре, и соответствующее условиям для получения пособия по обеспечению дохода, может быть освобождено от явки в службу занятости для получения пособия.

● **Налоговый кредит:** Работник, оплативший содержание родителя или супруга в специальном учреждении, имеет право на налоговый кредит (в зависимости от уровня дохода и участия в финансировании). Работники, чьи супруги имеют инвалидность более 90%, имеют право на один кредитный балл.

● **Права военнослужащих сверхсрочной службы:** Член семьи, осуществляющий уход, может использовать до 24 дней больничного за год для ухода за членом семьи. Эти дни вычитаются из годовой нормы больничных дней при условии, что у военнослужащего остается не менее шести дней для личного использования. Если годовая квота военнослужащего составляет менее 30 дней болезни, он может использовать пропорциональную норму дней для ухода за членом семьи.

**Подтверждение отсутствия в подразделении –** Военнослужащий может отсутствовать до десяти дней в году, если он выполняет обязанности по уходу за членом семьи не менее пяти часов в день, за счет больничной системы и после исчерпания своих прав на больничные дни.

**Бюджетный кредит –** при особых обстоятельствах военнослужащий имеет право на получение до четырех бюджетных кредитов одновременно, в зависимости от стажа службы и целей кредитной политики. Один из кредитов предоставляется при особых обстоятельствах, включая необычную медицинскую или финансовую ситуацию, и требует подтверждающих документов. Военнослужащий, признанный опекуном, может подать заявку на этот кредит без приложения справок.

### ● Права государственных служащих:

1) **Утверждение использования ежегодных больничных дней работника –** работник будет иметь право подать заявление во внутриведомственную комиссию после того, как его права будут исчерпаны, как указано в разделе 33.25 Положения о государственной службе. Работнику можно будет разрешить использовать до 24 больничных дней из квоты больничных в пользу лечения больного члена семьи, но не более 24 больничных дней в год (следует отметить, что неполные дни и часы могут утверждаться также за счет квоты



больничных дней работника) при условии, что работнику в его квоте предоставлено не менее 6 больничных дней.

2) **Работа в режиме гибкого рабочего времени** - Комитет уполномочен разрешить сотруднику работать в режиме гибкого рабочего времени, что позволит ему завершить часы или дни, которые он пропустил из-за обращения с членом своей семьи.

Например: разрешение начинать рабочий день с опозданием, завершение рабочего времени в вечернее время,

завершение часов/рабочих дней в развертывании шесть дней в неделю (в зависимости от рабочего места),

работа по сменам, отличным от обычного рабочего плана работника.

3) **Удаленная работа или завершение сверхурочных часов удаленно** - Комиссия уполномочена разрешить работнику, который осуществляет уход за членом семьи, удаленную работу или совмещенный день домашней и офисной работы, или дополнительные рабочие часы из дома, если он соответствует критериям удаленной работы, в соответствии с указаниями комиссара относительно гибкости занятости, удаленной работы и выполнения сверхурочных часов удаленно. Настоящий подраздел не распространяется на лицо, занятое на родительской ставке.

4) **Работа на условиях неполного рабочего времени** - комиссия уполномочена утверждать работу на условиях неполного рабочего времени для работника на срок, не превышающий шесть месяцев.

5) **Работа из другого филиала офиса** - комиссия уполномочена утверждать работу для работника из другого филиала офиса, если это возможно с точки зрения содержания и структуры работы.

6) **Утверждение часов отсутствия для работника, являющегося членом семьи, осуществляющим уход, а также родителем детей в возрасте до 12 лет** - комиссия имеет право утвердить до 52 часов отсутствия в год без удержания из его заработной платы (т.е. за счет работодателя) в зависимости от обстоятельств и необходимости.

7) **Часы оказания помощи** - Комитет может утвердить до трех часов помощи в месяц для работника, ухаживающего за членом семьи, без вычета из его заработной платы (то есть за счет работодателя) для нуждающегося работника, который осуществил свои права в соответствии с Законом о выплате пособия по болезни члена семьи, как указано в разделе 33.25 Гражданской инфраструктуры, а также осуществляет свои права на использование дополнительных дней болезни в рамках Комитета Министерства.

8) **Разрешение на отпуск без сохранения содержания** - комиссия уполномочена разрешить сотруднику, который ухаживает за членом семьи, взять отпуск в соответствии с положениями Положения о государственной службе в зависимости от количества лет работы сотрудника: в первый год работы - до одного месяца; от двух до пяти - до трех месяцев; более пяти - один год + один год продления.

9) **Профессиональные консультации** - Министерство имеет право рассматривать и взвешивать возможность предоставления внешних профессиональных консультаций работникам, которые осуществляют уход членами своей семьи, в исключительных ситуациях, которые определяются комиссией.

10) **Фонд больничных дней** - Если у работника не осталось больничных и отпускных дней, и комиссия приходит к выводу, что ситуация требует отсутствия работника для ухода за членом семьи, попечитель офиса обращается в Комиссию по делам государственной службы с просьбой утвердить исключение *ex gratia* для выплаты пособия из фонда больничных в соответствии с пунктом 33.281 Положений о государственной службе.

### **Дополнительные права:**

● **Временное лицо, принимающее решения по медицинским вопросам:** С января 2024 года применяется поправка, позволяющая социальному работнику в больнице давать при определенных условиях и с одобрения административного органа в больнице - «Временное утверждение лица, принимающего решения по медицинским вопросам» члену семьи

пациента, который нуждается в срочном лечении, но не может дать информированное согласие на лечение. Одобрение действительно в течение шести месяцев и действительно для любого лечения, как в госпитализации, так и в рамках общественной медицины (кроме психиатрической госпитализации). Разрешение лица, принимающего временные решения, будет предоставлено только в тех случаях, когда неизвестно, был ли назначен опекун по медицинским вопросам для пациента, или что на него существует действующая медицинская доверенность, или что действующая доверенность на личные были поручены вопросы, включая вопросы здравоохранения.

● **Управление транспортным средством, приобретенным для лица с ограниченной мобильностью:** Член семьи человека с ограниченной подвижностью, проживающий в радиусе до 1,5 км, может получить право на управление транспортным средством, приобретенным для инвалида, с помощью его удостоверения личности. Это право сохраняется даже в случае отсутствия инвалида в машине. Лица, осуществляющие уход, могут получить лицензию на вождение, если они большую часть дня ухаживают за человеком с ограниченной подвижностью и обязуются регулярно возить его для выполнения нужд.

● **Освобождение от ожидания в очереди или от оплаты входных билетов в общественные места:** те, кто сопровождает человека с ограниченными возможностями/получателей пособия по уходу, имеют право на получение услуг в общественных местах без ожидания в очереди. В некоторых местах также предусмотрено освобождение от уплаты вступительного взноса сопровождающему (информацию можно получить в Комиссии по равным правам людей с ограниченными возможностями).

● **Наем члена семьи в качестве сиделки:** С апреля 2018 года лицам, осуществляющим уход за семьей, предоставлена возможность официально стать сиделками для своих близких родственников. Степень родства не имеет значения. Если запрос члена семьи стать поставщиком услуг по уходу будет одобрен, он будет принят на работу в медсестринскую компанию и получит все права работника в Израиле. Занятость члена семьи может быть частичной, совмещенной с работой работника по уходу. Продолжительность рабочего времени зависит от размера пособия по уходу, на которое имеет право пациент. Проверить возможность можно через компанию, предоставляющую услуги ухода за больными и Институт национального страхования.

# ЧЕТВЕРТАЯ ЧАСТЬ: Об Ассоциации «ЭМДА»

## Рекомендации по поддержанию здоровья мозга

01

Оптимальный уход и управление сопутствующими заболеваниями

02

Физическая активность

03

Поддержание здорового и сбалансированного питания

04

Прим большого количества воды

05

Избегание курения

06

Употребление 50 куб. см вина в день

07

Тренировка мозга и упражнения по обогащению когнитивных способностей

08

Ведение социальной жизни

09

Хороший сон

Справление со стрессовыми факторами

Решение проблем со слухом и депрессией



## Ассоциация ЭМДА

Список членов Исполнительного комитета (в алфавитном порядке):

**Фридман Мири – председатель**

Аренгайм Гиора  
проф. Бахнер Яков  
Гонда Йосеф  
Глис Израель  
Ган-Эль Наоми  
Кальман Алон  
проф. Рабия Халайла  
Рубашкин Ариэль  
Шитрит Тали  
Шапира Эхуд

**Члены Научного совета (в алфавитном порядке):**

**Проф. Аарон Перец Иегудит** - директор отделения когнитивной неврологии, больница Рамбам, Хайфа **Председатель Научного совета**

**Д-р Ахарони Лея** – директор гериатрической службы больничной кассы Миухедет, округа Хайфы и Западной Галилеи

**Д-р Бергман Ноа** - директор Центра расстройств памяти, внимания и концентрации, Медицинский центр Сораски, Тель-Авив

**Проф. Гозес Илана** - заведующая Центром исследований мозга Адамс, кафедра молекулярной генетики и биохимии человека, медицинский факультет Саклера, Тель-Авивский университет

**Д-р Глик Амир** - директор клиники когнитивной неврологии, отделение неврологии | Медицинский центр Рабин – больница Бейлинсон

**Проф. Халайла Рабия** - Профессор, член вице-президента по академическим вопросам Академического колледжа Цфата

**Проф. Тана Дэвид** - директор Института инсульта и познания, Медицинский кампус Рамбам для здоровья человека и председатель Неврологической ассоциации в Израиле

**Проф. Равона Рамит** - психиатр и директор диагностической клиники (Клиника памяти для престарелых) Медицинский центр имени Хаима Шибы

**Д-р Рудомисласки Зориан** - директор Национального гериатрического центра «Маккаби»

**Проф. Тамир Бен-Гур** - невролог и нейроучёный, в прошлом директор отделения неврологии в Медицинском центре Хадасса Эйн Керем

**Д-р Дафна Шефет** - психиатр, директор клиники престарелых больницы Шалвата

## Об ассоциации

Ассоциация ЭМДА работает уже 35 лет по всей стране в различных секторах, стремясь улучшить качество жизни более 150 000 человек, страдающих болезнью Альцгеймера и другими деменциями в Израиле, а также членов их семей. ЭМДА является членом Международной ассоциации по борьбе с болезнью Альцгеймера (ADI) и организации «Alzheimer Europe».

**\* Профессиональные знания \* Поддержка семьи \* Лекции и обучение \* Продвижение политики \* Сохранение памяти \* Руководства для сохранения занятости \* Советы и рекомендации \* Учебные материалы \* Повышение осведомленности**

**Ассоциация управляет горячей линией и информационным центром для консультирования и обучения (\* 8889)**, роль которого заключается в сборе и доступе к информации, связанной с заболеванием и связанными с ним вопросами, такими как: права, услуги, исследования, организации, лечебные центры и т. д. Информация предназначена для использования широкой общественностью, студентами, исследователями и семьями. На горячую линию ежегодно поступают тысячи запросов от членов семьи и специалистов, которые обращаются за советом относительно прав людей с деменцией, способов справляться с изменениями в поведении и эмоциональной поддержки. Вы также можете воспользоваться услугой **телефонной консультации /Zoom** для более подробной консультации.

**Более 50 групп поддержки для членов семьи (детей и супругов)** действуют по всей стране от Эйлата до Цфата, а также есть группы поддержки в Zoom. Группы дают возможность своим участникам узнать о болезни и о том, как с ней справиться - как из опыта других участников, так и иногда от профессионалов, которые принимают участие в группах. Они позволяют вам делиться личными проблемами и узнавать от других о потенциальных решениях, которые были эффективными для них. Группы служат надежным и безопасным местом для разговора о вещах, о которых может быть трудно говорить в других местах, в безопасной и благоприятной обстановке. Все это облегчает тяжелые ощущения, которые возникают естественным образом после ухода за человеком с деменцией. Группы вовлечены с точки зрения стадий заболевания, а также с точки зрения роли в семье (супруг/супруга или ребенок). Большинство групп встречаются раз в месяц. Чтобы получить точную информацию, свяжитесь с ведущим группы по месту жительства или в Zoom.

Полный список на сайте ассоциации [www.emda.org.il](http://www.emda.org.il)

Профессиональный персонал ЭМДА, в состав которого входят социальные работники и эксперты по геронтологии и преклонному возрасту, проводит обучение и лекции для медицинских бригад, медсестер, лидеров сообществ, а также для семейных опекунов. На этих занятиях участники получают теоретические и практические знания для улучшения ухода за человеком с болезнью Альцгеймера и другими деменциями. Лекции читаются на иврите и могут быть скоординированы на арабском, русском, амхарском и английском языках.

**Для получения дополнительной информации и координации обучения/лекции, пожалуйста, свяжитесь с офисом 09-7939318.**

**Еще одной уникальной и профессиональной услугой является программа ТЕЛЕМ (программа сопровождения семей)**, которая предоставляет краткосрочное решение по уходу для семей, борющихся с деменцией, в рамках оказания поддержки основному опекуну больного и создания поддерживающих семейных и социальных систем. Это трех-сеансовая модель сопровождения, которая фокусируется на конкретной проблеме, связанной с миром деменции, и после сеансов вы можете продолжать пользоваться телефонным сопровождением. Концепция службы заключается в том, что чем больше основной опекун, член семьи, ощущает наличие надежной системы поддержки, тем меньше у него чувство бремени, стресса и негативного влияния на качество жизни. Он чувствует, что не одинок в этой ситуации, и соответственно, состояние человека с деменцией также улучшается. В рамках вмешательства используются существующие общественные службы, которые могут помочь семье.

Программа Телам действует по всей стране и предоставляется профессионалами, обученными работать в соответствии с принципами подхода.

Услуга предоставляется, когда человек с деменцией проживает у себя дома. Основной опекун не обязан жить с ним дома.

Расширенные услуги по организации ухода:

1. Определение и выполнение задач для пациента и его семьи.
2. Помощь в определении медицинских, экономических, социальных и эмоциональных потребностей.
3. Организация медицинских и сопутствующих документов.
4. Анализ клинической, экономической, социальной и правовой ситуации.
5. Разработка плана дальнейших действий («дорожной карты»).
6. Поиск и связь с экспертами в этой области, предоставление соответствующей медицинской информации и контакт с пациентами в аналогичной ситуации в Израиле и за рубежом.
7. Обеспечение исчерпания медицинских, социальных и страховых прав.
8. Поиск финансовых источников для продолжения лечения.
9. Подготовка к встречам с врачами и работниками по уходу (формирование перечня тем и вопросов для встречи).

Модель была разработана профессором Мэри Миттельман из Нью-Йоркского университета и подкреплена более чем 20-летними исследованиями за рубежом. Начало проекта в Израиле сопровождалось пилотным исследованием профессора Перлы Уорнер из Хайфского университета. Результаты исследования показали, что среди участников проекта значительно снизился уровень депрессии у основного лица, осуществляющего уход, и заметно улучшилась способность семьи справляться с различными трудностями заболевания.

По нашему опыту, нет двух одинаковых семейных историй изменений, происходящих в результате деменции. Проект основан на тщательном анализе потребностей ухаживающей семьи, за которым следует серия встреч: некоторые – индивидуально с основным лицом, осуществляющим уход, а некоторые – с различными членами семьи. На этих встречах предоставляется информация и практические инструменты для борьбы с деменцией в повседневной жизни. В рамках вмешательства используются существующие общественные службы, которые могут помочь семье.

**ЭМДА запустила уникальные цифровые курсы по деменции** для членов семьи и иностранных лиц, осуществляющих уход. Существуют популярные курсы на иврите и арабском языках, предназначенные для членов семьи, осуществляющих уход. Курсы включают девять тематических видеороликов, которые предоставляют инструменты для понимания болезни и способов решения различных проблем, связанных с общением, изменением поведения, адаптацией домашней обстановки, проблемами, связанными с питанием и многим другим. Кроме того, существуют уникальные курсы для иностранных

работников на русском и английском языках. В курсах есть три целевых видеоролика, которые предоставляют работникам сестринского ухода инструменты для понимания течения заболевания, справления с изменениями в поведении, а также советы о том, что следует и не следует делать, чтобы облегчить уход и улучшить качество жизни людей с деменцией. Подробную информацию о курсах можно найти на веб-сайте ЭМДА, где также можно приобрести курсы онлайн.

**Повышение осведомленности о деменции** является важной частью деятельности ассоциации и направлено на информирование широкой общественности о трудностях, с которыми сталкиваются люди с деменцией. Цель состоит в том, чтобы разрушить стигмы, уменьшить чувство стыда, изменить отношение и создать дружественное сообщество для людей с деменцией. Значительная общественная деятельность проводится в рамках подготовки к «Международному дню болезни Альцгеймера», который отмечается каждый год 21 сентября.

Ассоциация ЭМДА является одной из инициатив национального плана по борьбе с болезнью Альцгеймера и деменцией и активно участвует в его реализации. Концепция национальной программы направлена на обеспечение людей с деменцией и их семей достойным образом жизни посредством предоставления качественных и доступных услуг. Национальная программа занимается деменцией, начиная с профилактики факторов риска, мероприятий по выявлению и ранней диагностике, лечения людей на всех стадиях заболевания до конца жизни, внедряя принципы мультидисциплинарной работы и ухода, повышая координацию и сотрудничество между всеми участвующими сторонами. Команда ЭМДА работает над продвижением политических и законодательных изменений среди правительственных министерств, членов Кнессета и различных комитетов Кнессета, чтобы удовлетворить потребности более полумиллиона человек (пациентов и их семей), страдающих от деменции.

**Программа «Друзья деменции»**, реализуемая ЭМДА, основана на информативных встречах продолжительностью около часа. Эти встречи предназначены для широкой публики, школ, молодежных движений, деловых организаций, организаций здравоохранения и волонтерских организаций. В настоящее время многие органы власти и организации по всей стране являются партнерами программы. Также подробно обсуждаются факторы риска и меры профилактики деменции.

### **Профессиональные конференции**

Ежегодно ассоциация ЭМДА проводит **крупнейшую в Израиле профессиональную конференцию по деменции для специалистов здравоохранения, социального обеспечения и медсестер. Ученый совет также проводит профессиональную конференцию для врачей, исследователей и медсестер.** Каждый месяц тысячи людей получают информационный бюллетень ассоциации с обновлениями о текущей деятельности.

### **Руководства**

Чтобы помочь людям с деменцией избежать скуки и сохранить навыки с течением времени, ассоциация ЭМДА обучает волонтеров, которые работают с людьми, страдающими от деменции, с помощью уникальных руководств, разработанных ЭМДА. Эти руководства также можно приобрести в частном порядке через веб-сайт ассоциации.

### **«Связи и навыки - деятельность в области здравоохранения»**

Проект «Связи и навыки» реализуется в различных населенных пунктах по всей стране и управляется сотнями волонтеров. Добровольцы прошли специальное обучение для понимания деменции, адаптированному общению и активизации человека, живущего с деменцией, с целью переноса деятельности на дом и оказания поддержки членам семьи и лицам, осуществляющим уход.

### **Основными целями проекта являются:**

- Укрепление и сохранение способностей и навыков в зависимости от стадии заболевания.
- Внесение интереса, удовлетворения и значимой деятельности в жизнь пациентов и их опекунов.
- Укрепление самооценки и раскрытие скрытых способностей.
- Улучшение качества жизни людей с деменцией и их опекунов.

Проект направлен на привнесение жизни, общения и творчества в дом человека с деменцией и поддержку его, одновременно улучшая гармонию в доме через повышение понимания болезни и приобретение навыков для преодоления трудностей. Этот немедикаментозный уход помогает улучшить самооценку людей с деменцией, уменьшить разочарование и поведенческие проблемы, а также создать упорядоченный и осмысленный распорядок дня. Комплект «Связи и навыки» содержит восемь различных наборов занятий: физическая активность и сенсорная стимуляция, тренировка мозга, воспроизведение воспоминаний, игры, творчество, пение и приготовление пищи — все адаптировано к способностям человека, представлено в зрелой и уважительной форме с пояснительными буклетами по каждому занятию и предложениями по дополнительным занятиям.

Комплект культурно адаптирован и переведен на арабский, английский и русский языки, и поставляется в удобном футляре для переноски.

Волонтеры посещают частные дома, вовлекают человека в деятельность и одновременно инструктируют членов семьи или опекунов о том, как поддерживать ежедневный распорядок дня, а также оказывают им поддержку и руководство. Волонтеры проходят постоянное обучение у профессиональной команды местных властей. Комплект «Связи и навыки» был разработан для ассоциации ЭМДА эрготерапевтом Деби Лахав и социальным работником Дафной Голан-Шемеш. На сайте ассоциации ЭМДА можно посмотреть видеоролики на YouTube, демонстрирующие использование руководства.

**Чтобы заказать руководство и узнать подробности обучения волонтеров, позвоните в офис по телефону 09–7939318.**

### **Набор «Золотые воспоминания»**

Воспоминания — это любимое занятие, которым многие люди естественным образом занимаются во время встреч с друзьями и родственниками. Оно связывает их с самими собой, друзьями, членами семьи и окружающими. Воспоминание прошлых событий и их истории является частью естественного процесса памяти. Этот процесс напоминает человеку о том, кто он, что он сделал и чего добился в своей жизни, тем самым укрепляя его чувство собственного достоинства. Документирование воспоминаний имеет значение как для самого человека, так и для его семьи.

Воспоминания используют навыки долговременной памяти и разговорные навыки. Они пробуждают и стимулируют различные области мозга: сенсорные, эмоциональные, мыслительные и даже моторные, помогая тем самым сохранить когнитивные способности. В набор входит 80 больших цветных карточек с ностальгическими изображениями и наводящими вопросами для долгих бесед.

**Вы можете заказать комплект через сайт ЭМДА или по телефону 09-7939318**

### **Набор «В кресле с Пикассо»**

Набор предназначен для предоставления качественного опыта людям, живущим с деменцией, и страдающим от снижения памяти, мыслительных способностей и коммуникативных навыков. Использование искусства открывает окно в мир человека с деменцией, обеспечивая непосредственную, приятную и динамичную встречу, обогащающую его мир. В набор входят десятки карточек с изображениями известных художественных произведений разных периодов, на одной стороне которых указаны вопросы для беседы и идеи для совместной художественной деятельности.

Этот вид деятельности способствует повышению качества жизни пациента, помогает сохранить способности к мышлению, общению и эмоциональному выражению, а также

предлагает качественное времяпровождение для человека и членов его семьи.  
**Для заказа набора звоните в офис 09–7939318 или приобретайте через сайт.**

### **Обучение и тренинги**

Можно координировать широкий спектр лекций, тренингов и семинаров для широкой публики и специалистов. Некоторые лекции могут проводиться в Zoom. Лекции также могут читаться на английском и арабском языках. Темы обучения:

- Мифы о деменции.
- Способы снижения риска развития деменции.
- Память и забывание: введение в сохранение способностей памяти.
- Общение с человеком, страдающим деменцией.
- Работа с проблемным поведением человека с деменцией.
- Реализация прав людей с деменцией и их семей.
- Адаптация дома и окружающей среды для людей с деменцией.
- Выгорание основного опекуна и методы поддержки.
- Решение проблем, связанных с последним этапом жизни.
- Питание и проблемы питания людей с деменцией.
- Активизация и трудоустройство людей с деменцией.
- Музыка как терапевтический инструмент для людей с деменцией.
- Личная лекция с историей Эциона Криса, мужа, ухаживающего за больной.

### **Мастер-класс по сохранению навыков памяти для людей в возрасте 60+**

Семинар включает теоретическое и практическое обучение сохранению памяти (включая рекомендации по выполнению домашних заданий между занятиями).

С выходом на пенсию распорядок дня меняется, что влияет как на общее состояние здоровья, так и на здоровье мозга. Важно вести здоровый образ жизни, поддерживающий память и когнитивные функции. На семинаре участники узнают о механизме памяти и получают практические инструменты для ведения оптимального образа жизни в этой главе жизни. Семинары предназначены для пенсионерских организаций и компаний, желающих поддержать пожилых работников и пенсионеров.

**Занятие 1** - как на самом деле работает память; информация о факторах, влияющих на память; что мы помним, а что нет; Как работает память; факторы, влияющие на память; что мы помним и что забываем.

**Занятие 2** - Стратегии использования памяти; как вспомнить и справиться с явлениями, такими как «вертится на языке» и «ты мне знаком».

**Занятие 3** - Изменения в памяти с возрастом; принятие здорового образа жизни, поддерживающего память.

**Занятие 4** - Занятия по когнитивно-экспериментальному обучению

**Каждый сеанс длится три часа. Семинар также можно провести в Zoom.**

**Для получения дополнительной информации и координации семинара, пожалуйста, свяжитесь с офисом 09–7939318.**

## **Семинар для лиц, осуществляющих уход за человеком с деменцией с использованием музыки**

Музыка играет значительную роль в работе с пациентами, страдающими болезнью Альцгеймера. Исследования показывают, что люди с этим заболеванием продолжают положительно реагировать на музыку на когнитивном, поведенческом, физическом и социальном уровнях на протяжении всего заболевания. Музыка предоставляет понятные и ясные рамки, привносит что-то знакомое в окружение пациента, обладает успокаивающим эффектом и смягчает ситуации беспокойства и сопротивления уходу.

Повседневные действия по уходу, такие как купание и прием пищи, могут вызвать сопротивление и отсутствие сотрудничества у пациента. Положительный эффект музыки позволяет использовать её для успокоения, устранения сопротивления и облегчения повседневной жизни как опекуна, так и пациента. Чтобы помочь оптимально интегрировать музыку, ассоциация ЭМДА реализует учебный проект по её использованию, предназначенный для сотрудников и членов семей, заботящихся о пациентах с деменцией. Семинар рассчитан на 10–12 участников, сотрудников или членов семей (могут быть из разных семей), которые собираются в обучающую группу.

На встречах участники изучают влияние музыки, её значение для пациентов с деменцией и способы её использования. Участники учатся использовать пение для успокоения беспокойства и ритм для более безопасного и легкого передвижения.

Тренинги проводит профессиональная команда, прошедшая специальное обучение, разработанное доктором Айелет Деса, музыкальным терапевтом и экспертом в области ухода за деменцией.

**Чтобы забронировать место на семинаре и получить более подробную информацию, пожалуйста, позвоните в офис 09-7939318**