

УДК 364.4.

Социальная поддержка и права родственников пациентов с деменцией: современное состояние

Анастасия Николаевна Решетникова - Председатель Правления Новосибирской областной общественной организации инвалидов «За равные Возможности». Член экспертной группы РЭГ НСО по качеству жизни пожилых. Преподаватель школы ухода. Автор программ по уходу за больными людьми.

Евгений Иванович Павлов - юрист по медицинским спорам (Школа медицинского права, 2022), Педагог профессионального образования, Инструктор по обучению оказанию первой помощи, Специалист по безопасности технологических процессов и производств
630099, Российская Федерация, г. Новосибирск ул. Красный проспект 28
офис 314, e-mail: anastasifedo@yandex.ru

Актуальность. Рост числа людей с деменцией ежедневно ставит сложные задачи перед их родственниками и опекунами. Многие вопросы остаются нерешёнными или не имеют однозначного решения. Почти в каждой семье есть человек, нуждающийся в помощи — от первичной диагностики до постоянного ухода.

Когда проживание с больным, имеющим выраженные психиатрические нарушения, становится невозможным, а поставленный диагноз не даёт чёткого понимания дальнейших действий, родственники оказываются в сложной ситуации. Разберёмся, какую поддержку они могут получить и какие права гарантированы законом.

Цель работы. Проанализировать правовые, этические и социальные аспекты проблемы больного с психиатрическим диагнозом на дому и его родных.

Основные вопросы исследования:

1. Сложность оформления документов для получения государственной поддержки;

2.Неравномерное развитие системы долговременного ухода в разных регионах;

3.Недостаточная информированность родственников о правах и доступных услугах;

4.Эмоциональное выгорание и психологические трудности у ухаживающих;

5.Отсутствие единого национального плана помощи людям с деменцией и их семьям (хотя такие инициативы обсуждались).

Ключевые слова: подопечный, больной, деменция, психиатрическая больница, помощь, закон, врач, психиатр, старость.

Social Support and Rights of Relatives of Patients with Dementia:

Current State

Anastasia Nikolaevna Reshetnikova Chairperson of the Board of the Novosibirsk Regional Public Organization of Persons with Disabilities “For Equal Opportunities”. Member of the Expert Group of the Regional Elderly Group of the Novosibirsk Region on the Quality of Life of the Elderly. Care School Instructor.

Author of care programs for sick people.

Evgeny Ivanovich Pavlov Lawyer specializing in medical disputes (School of Medical Law, 2022), Vocational Education Teacher, First Aid Training Instructor, Specialist in the Safety of Technological Processes and Productions

Relevance. The growing number of people with dementia poses complex challenges for their relatives and caregivers on a daily basis. Many issues remain unresolved or lack unambiguous solutions. Almost every family has a person in need of assistance — from initial diagnosis to ongoing care. When co-living with a patient who has severe psychiatric impairments becomes untenable, and the diagnosed condition does not provide a clear roadmap for next steps, relatives find themselves in a difficult situation. Let’s explore what support they can access and what rights are guaranteed by law.

Objective of the work. To analyze the legal, ethical, and social aspects of the challenges faced by a patient with a psychiatric diagnosis receiving care at home and their family members.

Key research questions: Difficulties in processing documents to obtain state support. Uneven development of long-term care systems across different regions. Insufficient awareness among relatives about their rights and available services. Emotional burnout and psychological challenges experienced by caregivers. Absence of a unified national plan for supporting people with dementia and their families (although such initiatives have been discussed).

Keywords: ward, patient, dementia, psychiatric hospital, assistance, law, doctor, psychiatrist, old age.

Введение

Каждый человек в обществе так или иначе сталкивается с ситуацией, когда родственники, близкие или знакомые страдают от деменции. При попытке найти решение возникающих проблем вопросов становится только больше — зачастую они остаются без ответа. Причина в том, что система взаимодействия в цепочке **«больной — деменция — родственник — медицина»** пока находится на начальном этапе развития, а наши поиски решений по сути представляют собой непрерывный исследовательский процесс.

Система помощи людям с деменцией и их родственникам сталкивается с комплексом нерешённых проблем — они затрагивают медицинские, социальные, психологические, юридические и организационные аспекты.

Ключевые системные проблемы:

1. **Фрагментарность ухода.** Нет единой модели долгосрочного ухода и координации между медицинскими и социальными службами — они работают разрозненно.

2. **Дефицит инфраструктуры.** Не хватает специализированных пансионатов и домов престарелых для людей с деменцией. В госучреждениях нет профильных отделений — пациенты с деменцией и без неё содержатся вместе.

3. Сложности с соц.поддержкой. Семьи натываются на бюрократические барьеры при оформлении инвалидности, пособий и средств реабилитации. Программы поддержки не покрывают реальных потребностей.

4. Отсутствие госстратегии. Проблема деменции не является приоритетом социальной политики России: нет национальных планов и комплексных программ помощи.

Из-за высокой индивидуальности каждого случая пока невозможно создать единую концепцию помощи — ни пациенту, ни его близким. Без системного подхода любые решения будут ситуативными и фрагментарными.[1]

Больной с признаками деменции: проблемы диагностики и стигмы.

В семье, где у родственника появляются признаки деменции, ситуация развивается типично. На ранних стадиях заметны: забывчивость; неряшливость/излишняя аккуратность; суетливость.

Эти симптомы часто списывают на возрастные изменения, стресс, последствия болезни или утраты. Близкие склонны считать такие проявления временными — и лишь спустя время признают: «Это началось давно, но я не придавала значения».

Особую сложность создаёт псевдодеменция — ситуация, когда человек сознательно или неосознанно «подстраивается» под ожидания окружения, скрывая странности в поведении. Это связано со стигматизацией диагноза: деменция ассоциируется с социальным отчуждением и предвзятым отношением.

По данным на 2024 год: 51 % россиян не готовы рассказывать о диагнозе родственника вне семьи; 30 % предпочли бы скрыть даже собственный диагноз.[6]

Из-за этого пациенты, их родственники и порой врачи демонстрируют боязнь диагноза («дементофобию»), что напрямую влияет на своевременность обращения за помощью.

Почему диагностика часто запаздывает?

1. Низкая обращаемость. Близкие затягивают с визитом к врачу, объясняя симптомы «возрастом» или временными трудностями.

2. Недостаточная настороженность врачей. Специалисты не всегда активно ищут признаки когнитивных нарушений, особенно у пожилых пациентов.

3. Стигматизация диагноза. Страх перед социальным осуждением мешает открыто обсуждать проблему и обращаться за помощью.

4. Отсутствие единых скрининговых инструментов. Нет стандартизированного набора тестов для выявления ранних когнитивных нарушений.

5. Низкая чувствительность нейропсихологических тестов. Они могут не выявлять лёгкие формы нарушений — пациент успешно справляется с заданиями, получая заключение об «умеренных когнитивных нарушениях».

Низкая информированность общества. Недостаток знаний о деменции и её признаках приводит к игнорированию первых тревожных сигналов. [4]

От больного к врачу. Согласно МКБ-10, болезнь Альцгеймера (БА) кодируется в рубрике G30 (класс «Заболевания нервной системы»). Это создаёт определённые ограничения в психиатрической практике. При этом код «Деменции при болезни Альцгеймера» (F00) не является самостоятельным — его можно использовать только как дополнительный при двойном кодировании. И скорее всего это не случайно. Ведь на практике мы понимаем, что гораздо легче согласимся на приём невролога, нежели психиатра. Признание себе что маме, папе требуется психиатр, та еще проблема, к которой большинство людей в нашем обществе точно не готовы. Что подтверждает лишний раз острую необходимость информирования и разъяснения вопросов связанных с этим диагнозом во всех средствах массовой информации. [1]

В итоге такая система кодировки заболевания приводит к ряду практических сложностей: Разрыв между клинической практикой и классификацией. Обратившимся к неврологу пациентам диагноз может быть поставлен

некорректно или заменён на другой. Ошибочные диагнозы влекут за собой неправильную терапию и ухудшение состояния.

Проблемы статистического учёта. Из-за ограничений в кодировке реальные масштабы распространённости деменции и БА могут быть занижены — часть случаев не попадает в официальную статистику.

Роль неврологической службы в диагностике и лечении болезни Альцгеймера (БА)

Поскольку БА относится к классу заболеваний нервной системы, невролог имеет формальное право ставить этот диагноз и назначать терапию. Однако на практике возникает ряд проблем:

Готовность неврологов диагностировать БА как основную причину деменции. Уровень подготовки специалистов в области когнитивных нарушений — не все неврологи обладают достаточной квалификацией для выявления ранних признаков БА.

Доступ к инструментам ранней диагностики: не везде доступны нейропсихологические тесты и методы нейровизуализации (МРТ, КТ и др.).

Координация с другими специалистами — необходима слаженная работа с психиатрами и гериатрами для комплексного ведения пациента.

Решение проблем: практические шаги

Использование альтернативной формулировки. С учётом стигматизации диагноза «деменция» в неврологической практике целесообразно шире применять термин «выраженные когнитивные нарушения». Это позволяет: снизить психологический дискомфорт пациента и его близких; сохранить возможность назначения антидементных препаратов при наличии показаний; постепенно информировать пациента о состоянии без шоковой реакции.

Обучение специалистов. Крайне важно повышать квалификацию неврологов: обучать методам ранней диагностики когнитивных расстройств; знакомить с современными нейропсихологическими тестами; отрабатывать навыки интерпретации данных нейровизуализации.

Развитие междисциплинарного взаимодействия. Необходимо наладить: чёткие алгоритмы взаимодействия неврологов, психиатров и гериатров; совместные консилиумы для сложных случаев; обмен данными о пациенте между специалистами.[2]

Особенности терапии. Деменция — сложный и высоко индивидуальный синдром. Из-за вариабельности проявлений не существует универсального лечения. Терапия всегда подбирается персонально с учётом: типа деменции; стадии заболевания; сопутствующих патологий; индивидуальных особенностей пациента (когнитивного резерва, образа жизни, социальной поддержки); реакции на проводимое лечение.[5]

Для повышения качества помощи пациентам с БА необходимо:

совершенствовать подготовку неврологов в области когнитивных нарушений; внедрять термин «выраженные когнитивные нарушения» на ранних стадиях; развивать междисциплинарный подход; обеспечивать доступ к современным методам диагностики;

выстраивать персонализированную схему терапии.

Почему так? По итогам опросов, несмотря на очевидный дефицит знаний о деменции, только чуть более половины (173 человека или 57,8 %) респондентов выразили желание повысить свою компетентность в отношении понимания специфики деменции, способов ее лечения, профилактики, а также развития умений по уходу и взаимодействию с гражданами, имеющими деменцию. При этом 126 (42,2 %) респондентов считают, что не нуждаются в дополнительной информации. Такой факт может быть обусловлен, прежде всего, неверием в то, что новые знания и умения позволят изменить сложившуюся ситуацию в семье.[3]

Недоверие к медицине и отсутствие реальной помощи в сложной и эмоционально очень трудной, материально затратной ситуации родственников затрудняет их путь к врачу, к изучению и к профессиональной консультации хотя бы психолога для себя. [5]

Деменция не является отдельной болезнью, а следствием различных патологических процессов. Разнообразие патофизиологических механизмов. Полиморфная симптоматика. Постепенное прогрессирование, различная скорость прогрессирования. Сопутствующие состояния каждого больного. Преморбидный фон. Личностные особенности и социальная среда каждой семьи влияют на лечение.

1. Необходим мультидисциплинарный подход разных специалистов и индивидуальный план ухода. Такой подход позволит максимально сохранить качество жизни и функциональную независимость человека с деменцией на всех этапах заболевания.

2. Необходимость развития не только консультационной линии для родственников, где можно было бы получить квалифицированные рекомендации с учетом меняющейся ситуации и прогрессирования деменции, но также сервисов в области психологической поддержки и площадок взаимопомощи.*

Как действовать родственнику больного с нарушением когнитивных функций, похожих на этот диагноз? Что делать в правовом поле системы больной - родственник - врач?

На какой стадии вы бы не обнаружили деменцию родственника, всегда есть алгоритм действий в правовом поле, требующий от вас настойчивости и терпения [22].

Даже если вам кажется, что никому ваш подопечный в таком возрасте, вы делаете прежде всего для себя это. Вы облегчаете себе жизнь. Зная правила и законы. Помимо форумов бывалых или подсказок коллег, подруг есть профессионалы в этих вопросах, которые знают как? Вы не одни и у вас тоже получится пройти этот путь легче. Рекомендуем учиться в школах ухода и знать как действовать в правовом поле.

Алгоритм юридических взаимодействий:

больной - родственник - врач

Важно! Деменция это - ненормальный процесс старения пожилого человека. Изначально, родственникам пожилого человека следует обратить внимание на некоторые признаки возможной наступающей у него деменции, а именно:

- постоянно теряет важные вещи, ключи, документы;
- подозревает, что потерянные вещи украдены;
- много раз переспрашивает одно и тут же, забывая ответ;
- делает грубые ошибки в том, что давалось раньше легко (заполнение квитанций, покупка продуктов);
- с трудом ориентируется на улице;
- часто меняется настроение от хорошего до апатии или гнева;
- собирание хлама, неряшливость.

В таком случае вначале рекомендуется установить за таким близким своё наблюдение. Вести ежедневный/еженедельный дневник общего состояния здоровья. Фиксировать все физические и психические изменения (отклонения). При необходимости записывать разговоры на видео, аудио (это поможет при установлении точного диагноза на первой встрече с врачом).

При появлении первых вышеуказанных симптомов необходимо позаботиться о том, чтобы данный диагноз был установлен официально, через поликлинику по месту жительства больного. [7] Это базовое действие, чтобы дальше облегчить жизнь не только себе, но и пациенту.

Для чего, изначально обратиться к участковому терапевту желательно уже имея на руках нотариальную оформленную доверенность на расширенные от имени больного полномочия (судебные, правоохранительные, социальные, налоговые, почтовые, пенсионные, жилищно-коммунальные) в том числе, на право обращения в медицинские, социальные и психиатрические лечебные учреждения, где доверитель передаёт Вам все необходимые для этого полномочия.

В такой доверенности в обязательном порядке следует указать еще о праве доверенного лица на его участие от имени пациента во всех врачебных комиссиях, на которых будет обсуждаться вопрос по установлению такому больному инвалидности, или по иным вопросам по его здоровью, диагностике, назначаемых лекарственных препаратов.

Оформить такую доверенность лучше через нотариуса, при необходимости вызвать его на дом. Если такой возможности нет, например, больной уже находится в медицинском учреждении круглосуточного стационара, интернате, и др. то такие доверенности заверяются бесплатно главными врачами вышеуказанных учреждений. Главное заранее иметь у себя нужный и готовый для подписания текст такой доверенности. [8] На крайний случай, если пациент находится дома, а сам не имеет возможности (по состоянию здоровья) дойти до поликлиники, то на разовые посещения врачей от имени больного родственника могут оформляться (на имя главного врача поликлиники) заявления, о том, что он доверяет врачебную тайну о его диагнозе Вам. [9] Но, это только разовый момент, и нотариальная доверенность все равно остаётся в приоритете.

Если есть возможность, и желание у других родственников готовых участвовать в жизни своего близкого пожилого человека вместе с Вами, то можно в данном документе прописать сразу несколько доверенных лиц. Поверьте, это очень облегчит жизнь всем.

Для общего понимания родственнику такого пациента, все же необходимо знать, что у данного заболевания есть несколько степеней тяжести.

Лёгкая - имеет признаки краткосрочной потери памяти, где больной теряется в знакомых местах, присутствует апатия, имеется дезориентация во времени. В данном случае, человек еще может жить один, но нуждается в помощи по дому, оплате счетов, контроле приёма лекарств.

Умеренная - это забывчивость, которая мешает жизни, человек может потеряться на улице, обвинять окружающих в воровстве, не может приготовить

себе еду. При таком состоянии человек не может жить один. Нужен контроль безопасности, ежедневная помощь в домашних делах. Требуется сиделка.

Тяжёлая - это когда больной не может самостоятельно есть, не узнает родственников, теряется у себя дома, не понимает происходящее, не обслуживает себя. Для такого родственника нужен круглосуточный уход, человека нельзя оставить дома одного.

В зависимости от этой степени, следует сразу принимать правильные юридические шаги - инвалидность, недееспособность (частичная, полная), опеку.

Когда все полномочия оформлены, то следующий Ваш шаг - это участковый терапевт. Подготовиться ко встрече с ним стоит основательно.

1. В письменном виде, заранее запишите на листок все появившиеся симптомы у своего родственника. Озвучьте их, чтобы ничего не забыть. Пр продемонстрируйте врачу свой дневник наблюдения и/или видеосъёмку (аудио) поведения близкого. Пусть вся эта информация будет внесена врачом в медицинскую карту амбулаторного больного. [10]

2. Обсудите с участковым терапевтом план обследования пожилого родственника с учётом его особенностей и общего состояния здоровья на день Вашего обращения. При необходимости просите терапевта организовать осмотр родственника узкими специалистами (психиатра, невролога, гериатра (при возрасте пациента 75 +) на дому. Возьмите у врача необходимые направления на анализы и обследования. Организуйте это обследование. При невозможности сделать это амбулаторно, просите направление в круглосуточный стационар. Главное получить все необходимые медицинские документы о фактическом состоянии здоровья пациента для дальнейшей поставки правильного и обоснованного диагноза. [11]

3. После ухода от врача Вам необходимо знать:

- точный подтверждённый и установленный в законном порядке диагноз;
- прогноз заболевания;

- в какой дозе и какие лекарства ему давать;
- какого эффекта от них ожидать;
- как долго принимать назначенные препараты;
- какие могут быть вероятные побочные явления от приёма лекарств;
- как оперативно связаться с врачом, если что-то пойдёт не так.

4. Если здоровье родственника позволяет самостоятельно пройти иных профильных врачей по каким-либо сопутствующим у него заболеваниям, то сделайте это сразу пока не наступило ухудшение его самочувствия: пролечить зубы, глаза, сердце, установить слуховой аппарат и устранить другие имеющиеся у него проблемы со здоровьем. В будущем это может быть невозможно.

5. Также обязательно заведите на такого пациента медицинскую карту амбулаторного больного в психоневрологическом диспансере (ПНД) - она может помочь в будущем, даже если вы не посещаете ПНД. [12]

Почему важно иметь наблюдение в ПНД? В ПНД работают психиатры, которые осведомлены о проблеме деменции больше врачей в поликлинике. Из ПНД (при необходимости) можно будет всегда вызвать профильного врача для осмотра больного в амбулаторных условиях на дому при ухудшении его психического состояния. Данный врач принимает решение о назначении психотропных лекарств и/или о госпитализации в профильное медучреждение если на это есть веские основания. Важно знать, что когда дементный больной состоит на учёте в ПНД, то отказать в его осмотре на дому (при наличии медицинского документа от участкового терапевта о невозможности самостоятельной явки на приём) Вам не имеют права. При устном отказе выйти на дом для осмотра пациента - требуйте от любого врача письменный отказ. При не решении этого вопроса на уровне врача и заведующего отделением, пишите заявление главному врачу, с просьбой разрешить данный вопрос положительно. На крайний случай звоните в правовой отдел горячей линии страховой компании больного (на каждом полисе ОМС указан их номер телефона), простите помочь с осмотрами и со всем остальным.

В их обязанности входит не только рекомендовать и консультировать, но и вмешиваться в ситуацию лично. Если Ваш вопрос так и не решается, смело обращайтесь с жалобами в Минздрав региона и прокуратуру. На бездействие страховой медицинской компании (по полису ОМС) пишите жалобу в Территориальный Фонд обязательного медицинского страхования региона.

6. Если пациент реально может посещать медучреждения по своему состоянию здоровья беспрепятственно, то лучше делать это вместе с ним в общем порядке. Присутствуйте на приёме, фиксируйте все назначения и рекомендации врача, задавайте вопросы, будьте вовлеченными в разговор.

7. Обязательно оформите своему родственнику «Госуслуги». Это решит 99% всех возможных проблем в его дальнейшем лечении и в жизни. Так, данный интернет-ресурс поможет (при необходимости) в оформлении не только инвалидности и вызове врача на дом, но и в установлении самозапретов на кредиты и продажу недвижимости (при ее наличии) от имени больного.

В случае психических обострений у больного вызывайте скорую помощь. Основанием для вызова бригады скорой психиатрической помощи может стать обострение/ухудшение психического состояния человека. Принудительная госпитализация в стационар может быть организована без согласия пациента/его законного представителя, если его психиатрическое обследование/лечение возможно только в стационарных условиях, а психиатрическое расстройство является тяжёлым и обуславливает: непосредственную опасность для себя и окружающих, или его беспомощность (неспособность самостоятельно удовлетворить основные жизненные потребности), или психическое состояние пациента может значительно ухудшиться, если он будет оставлен без психиатрической помощи.

Важно! Если в сложившейся ситуации от больного исходит реальная угроза для жизни и здоровья другим находящимся с ним рядом лицам (проявляется агрессия, звучат угрозы расправы, и т.д.) то одновременно со скорой помощью необходимо вызвать полицию. Для этого, желательно иметь

номер телефона своего участкового. Зная Вашу ситуацию с таким родственником, он может помочь с оперативным прибытием нужных спец.служб.

Помните при деменции можно оформить: инвалидность; опеку после лишения родственника дееспособности; при прогрессии заболевания - статус паллиативного больного и паллиативный уход.

Оформляем инвалидность. Человеку при любой стадии деменции можно оформить инвалидность. Как правило при таком диагнозе это 1 или 2 группа.[13]

Пациенты с деменцией или аналогичными психическими расстройствами проходят стационарную процедуру медицинского освидетельствования, которая как правило включает в себя следующие этапы:

- подача заявления лечащему врачу на получение группы инвалидности (обычно достаточно обговорить это и в устной форме на приёме);
- при необходимости – прохождение курса лечения в стационаре;
- сбор необходимых документов (если они отсутствуют в медицинской базе ЕГИЗСЗ) для медико - социальной экспертизы (МСЭ);
- сдача анализов, осмотр врачами узких специальностей;
- передача медицинским учреждением установленной формы заявления и пакета документов с направлением на МСЭ в бюро, в т.ч. в электронном виде через «Госуслуги».

Прохождение медико-социальной экспертизы.

МСЭ проводится в бюро медико-социальной экспертизы своего региона. В зависимости от состояния пациента медико-социальная экспертиза (МСЭ) может проводиться следующими способами:

- с личным присутствием гражданина - пациент проходит осмотр и обследование в бюро МСЭ. Эксперты анализируют представленные медицинские документы и данные о состоянии здоровья;

- без личного присутствия - если человек не может явиться на освидетельствование, экспертиза проводится на основании документов, направленных медицинской организацией. В этом случае специалисты изучают историю болезни, результаты обследований и другие медицинские данные;

- на дому - при тяжёлом состоянии пациента или невозможности транспортировки эксперты могут выехать по месту нахождения гражданина;

- дистанционно с применением информационно-коммуникационные технологий - используется в случае обжалования решений. [14]

Что даёт инвалидность? Доплаты к пенсии; льготы при уплате ЖКХ, налоговые, транспортные, медицинские, жилищные и пр.; получение ТСР (технических средств реабилитации) прописанные в ИПРА такие как опорные трости, костыли, ходунки, коляски, кровати, подгузники, и т.д. [15]

Социальное обслуживание

Социальные услуги представлены в трёх формах: на дому, полустационарной и стационарной форме.

СДУ – система долговременного ухода.

Суть системы в том, чтобы помочь в уходе за тяжелобольными нуждающимися людьми.

По СДУ можно получить услуги дневного стационара, социальных сиделок и другие. В каждом регионе и даже районе перечень услуг может отличаться.

Узнать о наличии системы СДУ в конкретном муниципалитете можно в при социальной защиты района, в Администрации населённого пункта.

Чтобы получить статус получателя социальных услуг, необходимо обратиться в отделение соцзащиты (КЦСОН – комплексный центр социального обслуживания населения) с вопросом о том, что вы хотите оформить статус родственнику.

Может потребоваться пакет документов, о котором должны сообщить в отделении соцзащиты. При положительном решении гражданин признается нуждающимся, т.е. получателем социальных услуг.

Далее для него составляется индивидуальная программа предоставления социальных услуг (ИППСУ), где описываются форма соцобслуживания, объем, сроки предоставления и т.д. Вы можете выбрать поставщика социальных услуг, который входит в реестр поставщиков. О списке поставщиков можно узнать в отделении соцзащиты. [16]

Социальное обслуживание на дому. Как правило социальный работник предоставляется КЦСОН и в его обязанности входит оказание бытовых услуг, прописанных в ИППСУ. Обычно это помощь по дому, покупка и приготовление еды, гигиенический уход. Обо всех услугах социального работника можно уточнить в отделении социальной защиты.

Полустационарное социальное обслуживание. Это могут быть центры дневного пребывания как отдельные учреждения, так и при отделении соцзащиты или интернате.

Стационарное социальное обслуживание. В эту категорию входят дома престарелых, интернаты, психоневрологические интернаты, пансионаты, геронтологические центры, в том числе частные.

Важно! В госучреждение можно разместить родственника на постоянной основе. Временно (не больше полугода). На 5 дней, то есть с возможностью забирать на выходные. Условия, пакет документов, оплату можно также узнать в отделении соцзащиты.

Инвалидность и недееспособность. В силу болезни, психического расстройства или достижения преклонного возраста человек может утратить возможность понимать значение своих действий, он перестаёт руководить своими действиями и соответственно может быть признан судом недееспособным.

Таким образом в силу психических заболеваний он утрачивает свою гражданскую дееспособность и нуждается в защите и представительстве своих прав и законных интересов.

Инвалидность - это состояние человека с невозможностью осуществления умственной, физической или психической деятельности. Процедура установления инвалидности производится в Бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ), и при этом имеет медицинское и юридическое значение.

Установление инвалидности даёт право на получение ряда льгот и пенсионных выплат. Таким образом, недееспособному гражданину назначают опекуна, который всё за него решает точно так же, как за детей до 18 лет решают родители. А инвалид ограничен в жизнедеятельности (на пример, имеет психическое заболевание, не может ходить, слепой, глухой), но всеми гражданскими правами обладает. Назначение и выплата пенсии зависит от наличия у гражданина инвалидности, а не от его дееспособности или недееспособности. [17]

Как признать гражданина недееспособным?

Недееспособность - это правовой статус, и признать человека недееспособным может только суд. Основанием возбуждения дела служит заявление о признании человека недееспособным, в котором четко изложены причины подачи иска и обстоятельства, которые свидетельствуют о наличии психических расстройств у человека. Обратиться в суд с иском о признании человека недееспособным или ограниченно дееспособным в связи с психическими расстройствами могут члены семьи, близкие родственники (родители, дети, братья, сестры), орган опеки и попечительства по месту жительства больного или медицинская организация, в которой он проходит лечение. [18]

Чтобы подать в суд, вам понадобятся: документ, удостоверяющий личность и исковое заявление. Исковое заявление нужно подавать в районный суд общей юрисдикции по месту жительства ответчика. Если ответчик находится в медицинском или другом учреждении для страдающих психическими расстройствами - по месту нахождения организации. В ходе подготовки к

рассмотрению дела суд должен назначить проведение судебно-психиатрической экспертизы. Если ответчик не желает проходить ее добровольно, суд может назначить на судебном заседании с участием прокурора и психиатра прохождение экспертизы в принудительном порядке.

Решение суда о признании человека недееспособным является основанием для назначения ему органом опеки и попечительства опекуна.

Дееспособность - это способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять права и обязанности. Если гражданин страдает психическим расстройством и не может понимать значение своих действий или руководить ими, суд может признать его недееспособным (п. 1 ст. 29 ГК РФ). После признания недееспособности над гражданином устанавливается опека, и все юридически значимые действия от его имени совершает опекун (п. 1 ст. 2 Закона № 48-ФЗ).

Какие документы потребуются?

При подаче заявления в суд необходимо подготовить (ст. 131, ч. 1 ст. 263, ч. 2 ст. 282 ГПК РФ):

- заявление о признании недееспособности с указанием обстоятельств, подтверждающих психическое расстройство;

- медицинские документы (справка из психоневрологического диспансера, заключение психиатра, выписка из медицинской карты, справка об инвалидности).

- документ об уплате госпошлины;

- документы, подтверждающие отправку копий заявления другим участникам процесса;

- при необходимости - ходатайство об истребовании недостающих документов (ч. 1, 2 ст. 57, п. 2 ч. 1 ст. 149 ГПК РФ).

Судебно-психиатрическая экспертиза

Перед принятием решения суд назначает судебно-психиатрическую экспертизу для оценки состояния гражданина (ст. 283 ГПК РФ). Если гражданин

уклоняется от прохождения экспертизы, суд может назначить принудительное освидетельствование.

Важно! Если гражданин признан недееспособным, опекун назначается без подачи отдельного судебного заявления (ч. 2 ст. 285 ГПК РФ). Если суд отказал в признании недееспособности, повторно подать заявление можно только при наличии новых медицинских доказательств [19].

Как оформить опеку? Собрать пакет документов (о перечне документов можно узнать на сайте «Госуслуг» или в органах опеки) и подать в органы опеки и попечительства по месту жительства. В течение 7 дней после этого органы опеки и попечительства проверят условия вашей жизни. А затем, в течение еще 3 дней, выдадут акт обследования условий жизни (документ может быть оспорен только в судебном порядке). Обычно вместе с ним (в редких случаях в течение 3 трёх дней после передачи акта) выдают и заключение о возможности (невозможности) быть опекуном (или попечителем). Если опекунов (попечителей) несколько, акт обследования условий жизни и заключение о возможности (невозможности) быть опекуном (или попечителем) выдаётся каждому из них. Заключение о возможности (невозможности) быть опекуном или попечителем действительно в течение двух лет. Оспорить его можно только в суде. Обычно этого достаточно для того, чтобы стать опекуном (или попечителем). Вы можете обратиться в орган опеки и попечительства по месту жительства недееспособного (или ограниченно дееспособного) и получить удостоверение опекуна или (попечителя).

Кто может стать опекуном?

Бликие родственники (братья, сестры, дети, родители), супруги. Органы опеки и попечительства, медицинские организации.

Только дееспособный совершеннолетний гражданин без судимости (против жизни и здоровья) с собственным доходом и жильём, не лишённые родительских прав. Преимущество быть опекуном остаётся у близких родственников.[20]

Права, льготы и обязанности. Права и льготы недееспособного гражданина: бесплатное социальное обслуживание, санаторно-курортный отдых; бесплатная юридическая помощь; льготы при оплате ЖКХ.

Недееспособный гражданин имеет право на долю в наследстве. Сохранять за собой жилье на время пребывания на лечении.

Обязанности опекуна

Опекун должен заботиться о содержании своего опекаемого (уход, лечение, отдых, организация быта, обеспечение всем необходимым для комфортного проживания);

Расходовать доходы опекаемого только в его интересах.

Опекун НЕ МОЖЕТ совершать сделки, которые влекут за собой уменьшение имущества опекаемого, без согласия органа опеки и попечительства.

Отчетность опекуна. Опекун обязан подавать отчёты в органы опеки и попечительства, где должен указывать расходы и траты денежных средств опекаемого на его содержание (чеки): покупка еды, одежды, гигиенических средств, организация отдыха, лечения, покупка медикаментов и средств реабилитации и т.д.

Паллиативный уход. Люди с различными формами деменции, в том числе с болезнью Альцгеймера в терминальной стадии имеют права на паллиативную медицинскую помощь. [21]

Паллиативная помощь нужна, когда есть:

- утрата способности к двум и более видам повседневной деятельности за последние 6 месяцев на фоне специализированной терапии;

- прогрессирующее нарушение глотания;

- нарушение функции тазовых органов;

- расстройства речевой деятельности, препятствующие речевому общению и социальному взаимодействию;

- высокий риск падения и/или эпизоды падения в прошлом;

- наличие хронических ран и контрактур.

Важно! Обратиться за паллиативной помощью можно через лечащего врача или напрямую в хоспис по месту проживания неизлечимо больного гражданина.

Итог. Если делать, то конечно будет результат. Да мы понимаем множество проблем в этой цепочке и работе с такими больными. Но первично это конечно профилактика и своевременное признание диагноза. Соккрытие, отчаяние, невозможность решения ничего не дадут, только усложнят ситуацию. Мы согласны с экспертами, которые предлагают разработать комплексный антидементный план, включающий меры по профилактике, обучению диагностике, развитию современных технологий и лекарственной терапии.[2] Важно внедрить скрининговые программы, расширить сеть «кабинетов памяти» и реабилитационных центров, усилить обучение специалистов первичного звена, а также проводить масштабную просветительскую работу с населением. Пока мы можем и рекомендуем задавать вопросы и искать решения в частном порядке.

Список литературы

1. «Современные тенденции в эпидемиологии деменции и ведении пациентов с когнитивными нарушениями» е.е. Васенина о.с.левин а.г. Сонин ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», Москва, Россия; Компания«Мерц», <https://doi.org/10.17116/jnevro20171176287-95>

2. «Антидементный план: вклад в когнитивное долголетие» доклад О. Н. Ткачевой на Междисциплинарной Конференции «Вейновские Чтения» <https://www.lvrach.ru/partners/alzepil/15438646>

3. Деменция как новый социальный вызов : пособие для руководителей и специалистов Программа поддержки Беларуси; НИИ труда Минтруда и соцзащиты. – Минск : Колорград, 2019. – 312 с. ISBN 978-985-596-294-7.

4. «Комплексная междисциплинарная и межведомственная программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных

расстройств у лиц пожилого и старческого возраста до 2025 г». Акад. РАН, д.м.н., проф. Яхно Н.Н., д.м.н., проф. Ткачева О.Н., д.м.н., проф. Гаврилова С.И., д.м.н., проф. Левин О.С., д.м.н., проф. Боголепова А.Н., к.м.н. Мхитарян Э.А., к.м.н. Чердак М.А., д.м.н. Колыхалов И.В., д.м.н., проф. Ротштейн В.Г., д.м.н. Сиденкова А.П. Москва, 2018.

5. Клиническая психология УДК 616.89 «Социальные и психологические проблемы людей, осуществляющих уход за родственниками, больными деменцией» м. В. Альшанская¹, А. С. Макушина, Н. В. Александрова, В. В. Лемиш

6. <https://nafi.ru/analytics/stereotypy-o-dementsii-ot-bolezni-starosti-do-sotsialnoy-izolyatsii/> Мифы о деменции. *Аналитический центр НАФИ, «51% россиян будут скрывать диагноз, если у родственника обнаружат деменцию». Всероссийский опрос проведён Аналитическим центром НАФИ в июле 2025 г. помощью собственной исследовательской платформы Тет-о-твет.

Дополнительная литература. Правовые документы

7. Статья 21 Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в

Российской Федерации».

8. Статьи 185, 185.1 Гражданского кодекса РФ.

9. Статья 22 Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

10. Приказ Минздрава России от 13.05.2025 №274н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков их ведения».

11. Клинические рекомендации «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста» утверждённые Минздравом РФ в 2024г., приказ Минздрава России от 17.02.2022 N 81н "Об утверждении стандарта медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста при

когнитивных расстройств (диагностика и лечение)" (Зарегистрировано в Минюсте России 24.03.2022 N 67892).

12. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31.12.2002г. № 420 «Об утверждении форм первичной медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений».

13. Закон РФ от 2 июля 1992 года №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», приказ Министерства здравоохранения РФ от 14.10.2022г. № 668н «об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах поведения».

14. Постановление Правительства РФ от 05.04.2022 N 588 (ред. от 03.02.2025) "О признании лица инвалидом" (вместе с "Правилами признания лица инвалидом") (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.03.2026).

15. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 27.08.2019г. № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан Федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы.

16. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 № 181-ФЗ.

17. Федеральный закон «об основах социального обслуживания граждан в РФ» от 28.12.2013 № 442-ФЗ.

18. Статья 29 «Гражданского кодекса РФ (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ (ред. от 31.07.2025, с изм. от 25.11.2025) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.08.2025).

19. Ст. ст. 131, 263, 282 «Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации» от 14.11.2002 N 138-ФЗ (ред. от 15.12.2025, с изм. от 22.12.2025) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2026).

20. Федеральный закон от 24.04.2008 N 48-ФЗ (ред. от 30.04.2021) «Об опеке и попечительстве».

21. «Положение об организации оказания паллиативной медицинской помощи...» утв. приказом Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31.05.2019 № 345н/372н «Об утверждении Положения...».

22. *опрос <https://instlab.by/index.php/ru/>