

ХВОРИЙ ЯК ОБ'ЄКТ РЕАБІЛІТАЦІЇ



Сарміна О.І.

Реабілітації підлягають хворі, які перенесли терапевтичні, хірургічні, неврологічні, інфекційні, гінекологічні захворювання, з травмами та деформаціями опорно-рухового апарату, діти.

Критерії відбору хворих для медико-соціальної реабілітації: медичні, біологічні, психологічні, соціальні.



Медичні: розподіл хворих за групами захворювань: захворювання периферійної нервової системи, хвороби кістково-м'язової системи, хвороби системи кровообігу, хвороби сечостатевої системи та ін.

Соціальні: трудовий стаж, професія, житлові умови, сімейний стан, освіта.

Біологічні: вік, стать, особливості конституції тощо.

Психологічні: тип нервової діяльності, оцінка хворим свого стану, взаєностосунки в сім'ї, на виробництві, психологічна готовність працювати.

Експертиза втрати працездатності



Хвороба призводить до обмеження працездатності або її втрати, тобто порушується найважливіша соціальна функція людини - працездатність. Система реабілітації нерозривно пов'язана із медико-соціальною експертизою непрацездатності (тимчасової чи стійкої). Проведення експертизи працездатності зумовлене значним впливом захворюваності з тимчасовою та стійкою втратою працездатності на здоров'я населення, економічними витратами суспільства та пов'язане з юридичними аспектами.



Проведення експертизи працездатності обумовлене наявністю в нашій країні системи державного соціального страхування, яке передбачає соціальний захист громадян при непрацездатності і є одним із прав, зафіксованих у статті 46 Конституції, Кодексі законів про працю та ряді інших законів України.

Метою проведення медико-соціальної експертизи є визначення наявності факту, ступеня, причини тимчасової чи стійкої втрати працездатності та необхідність звільнення в зв'язку з цим від роботи.

Визначення працездатності пов'язане з двома чинниками: медичним і соціальним.



Медичний чинник, який визначає оцінку працездатності - це правильно встановлений діагноз. Від нього залежить клінічний прогноз і науково обґрунтований експертний висновок.

Соціальні чинники: професія, освіта, кваліфікація, умови праці, ступінь епідеміологічної небезпеки хворого для навколишніх (у хворих на інфекційні хвороби).

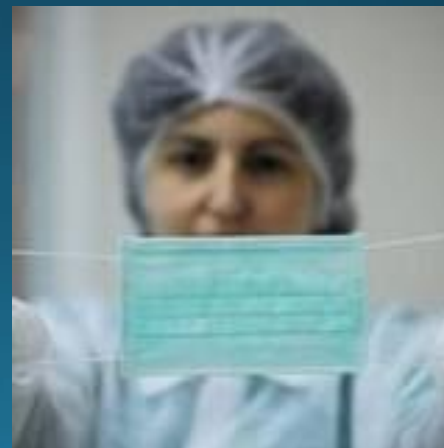


Проводять експертизу працездатності як мінімум два заклади - лікувально- профілактичний, в якому лікується хворий (при тимчасовій непрацездатності), і медико-соціальна експертна комісія (МСЕК, при стійкій непрацездатності або інвалідності).



Експертиза тимчасової непрацездатності

Експертиза тимчасової непрацездатності є складовою частиною роботи лікаря, який уповноважений констатувати неможливість виконувати роботу в зв'язку із захворюванням, травмою чи іншими причинами протягом нетривалого часу. Соціальна допомога при тимчасовій непрацездатності компенсує працівникові втрачений заробіток.





Право видачі листка непрацездатності (лікарняного листка) при амбулаторному лікуванні має лікуючий лікар терміном на 1-3 дні, який при необхідності може продовжити його ще на три дні, тобто загалом на 6 днів. З приводу захворювання на грип, що виникло під час епідемії, одночасна видача лікарняного листка може становити не більше 5 днів, але максимальний термін також не повинен перевищувати 6 днів. Право продовження листка непрацездатності за зверненням лікуючого лікаря має завідувач відділення, головний лікар, лікарсько-консультативна комісія (ЛКК). При стаціонарному лікуванні листки непрацездатності на весь час госпіталізації хворого видає лікуючий лікар спільно із завідувачем відділення.

Експертиза постійної втрати працездатності (непрацездатності).

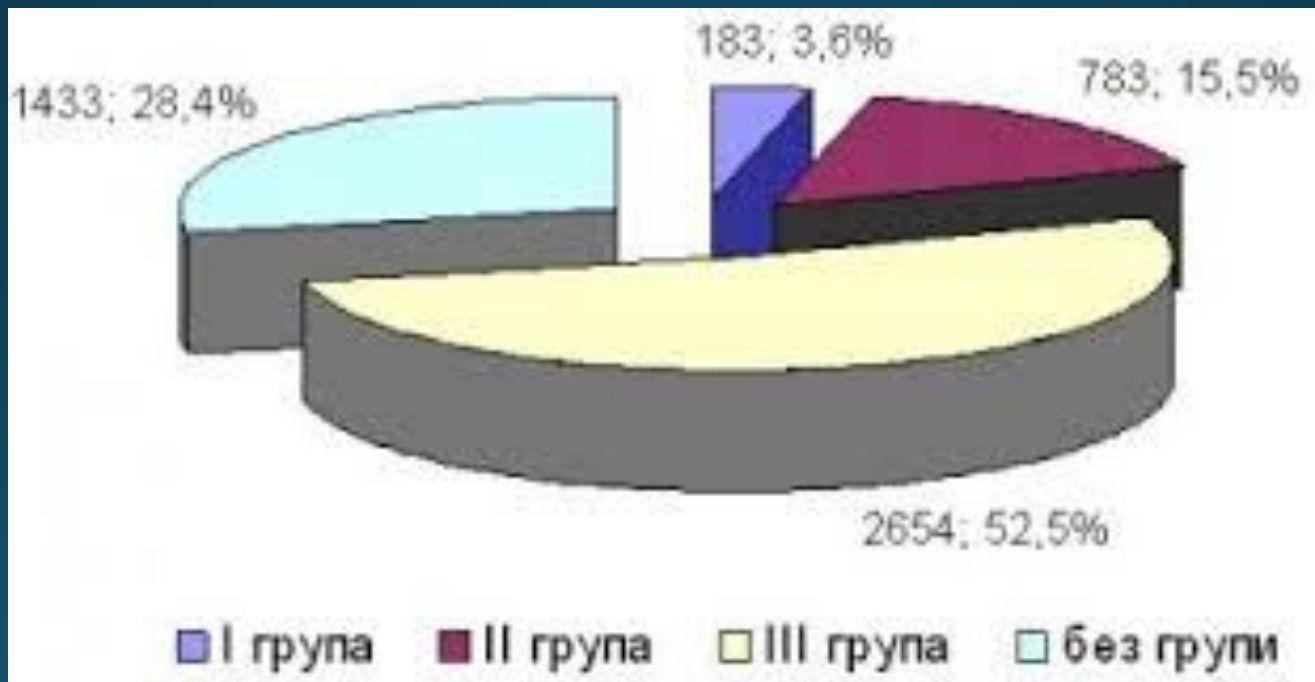
Якщо функціональні можливості та працездатність пацієнта в процесі лікування не відновилися після вищевказаних термінів, лікарсько-консультативна комісія направляє хворого (з відповідно оформленими документами) на медико-соціально експертну комісію (МСЕК). МСЕК визначає ступінь обмеження життєдіяльності людини, її реабілітаційний потенціал, компенсаторно-адаптаційні можливості, реалізація яких сприяє функціональній, психологічній, соціальній, професійній реабілітації та адаптації інваліда; призначає засоби і методи реабілітації.



Групи інвалідності



При стійкій втраті працездатності, коли робітник не може виконувати роботу в попередніх умовах, МСЕК призначає групу інвалідності. Існують три групи інвалідності.



Третю групу інвалідності призначають особам, які обмежено придатні до роботи за спеціальністю, але можуть продовжувати працювати на полегшеній роботі або ж на тій же, лише при меншому об'ємі. Вона стосується осіб з обмеженою працездатністю в таких випадках:

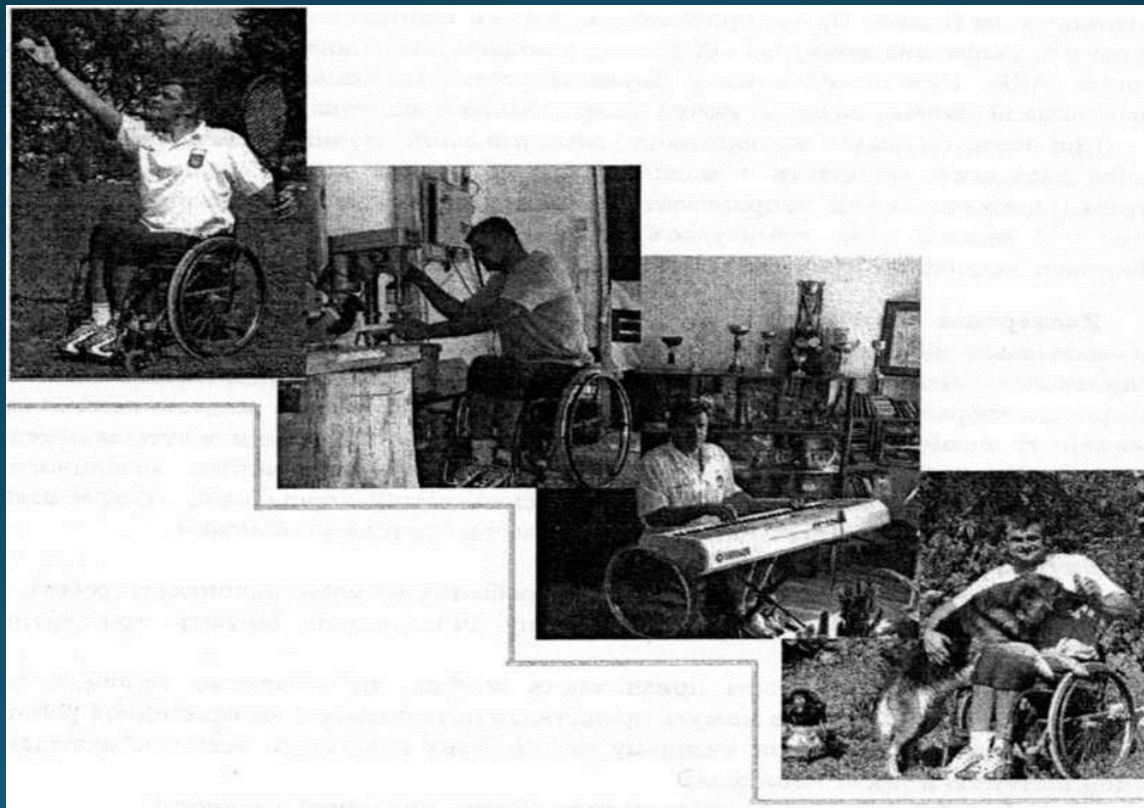
- при необхідності значного зниження обсягу виробничої діяльності;
- при значному зниженні кваліфікації чи втраті професії;
- при значному утрудненні у виконанні професійних обов'язків внаслідок анатомічних дефектів, що наведені в затвердженому МОЗ України переліку дефектів.





Другу групу інвалідності призначають особам, що мають значні функціональні порушення та практично повну непрацездатність, але не потребують сторонньої допомоги, тобто здатні обслуговувати себе самостійно. При визначенні інвалідності II групи керуються трьома критеріями: 1) недоступність праці через виражені зміни в організмі; 2) протипоказання до праці внаслідок можливого негативного впливу на перебіг захворювання; 3) доступність праці невеликого об'єму лише в спеціально створених умовах.

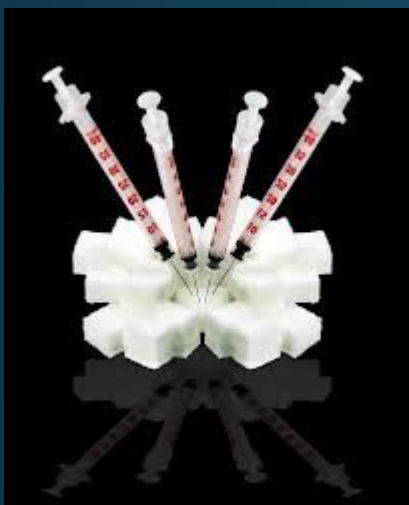
Першу групу інвалідності встановлюють особам з постійною чи тривалою втратою працездатності, які потребують постійного стороннього догляду, нагляду чи допомоги. В окремих випадках (при створенні спеціальних умов для праці) інваліди першої групи можуть працювати на підприємствах чи вдома. Так, особи з травматичним пошкодженням спинного мозку на рівні поперекового відділу хребта можуть виконувати значну фізичну роботу верхніми кінцівками або ж навіть займатися спортом.





Нерідко група інвалідності встановлюється без призначення терміну повторного огляду, тобто безстроково (досягнення певного віку, наявність стійких незворотних морфологічних і функціональних порушень, неефективність реабілітаційних заходів, несприятливий клінічний і трудовий прогноз тощо). У всіх інших випадках повторний огляд проводиться: 1 раз на рік - для інвалідів I та III груп, 1 раз на два роки - для інвалідів II групи.

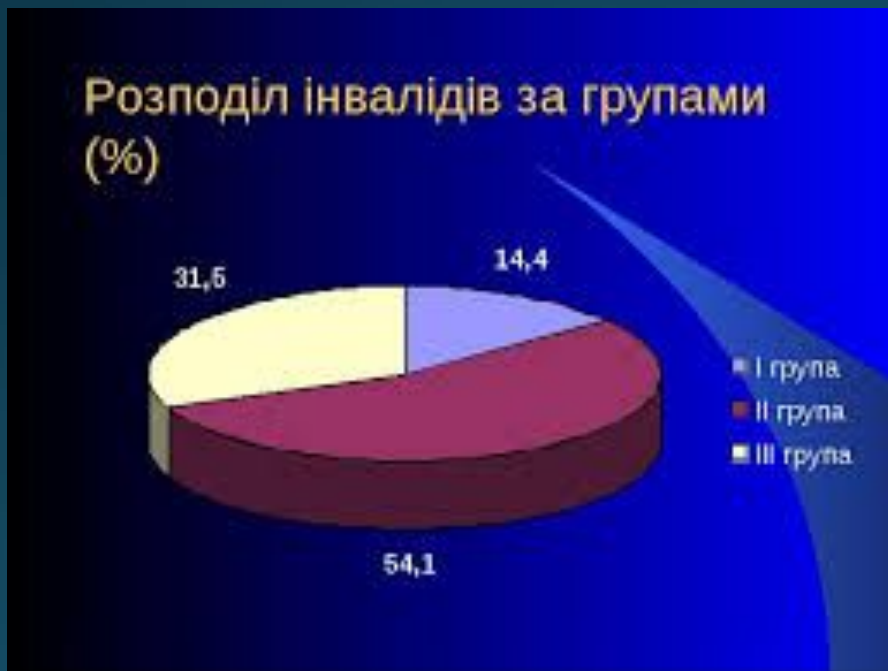
Повторний огляд проводиться МСЕК, що дає можливість не тільки здійснювати медичний контроль, але і стежити за працевлаштуванням інваліда.



Інваліди III групи (чи II групи, що мають можливість працювати) відповідно до чинного законодавства працевлаштовуються згідно із рекомендаціями МСЕК на попередньому підприємстві чи на іншому за допомогою лікаря - реабілітолога МСЕК та Фонду соціального захисту інвалідів. Інваліди I групи при окремих захворюваннях (травми хребта з порушенням цілісності спинного мозку та ін.) можуть бути непрацездатними в звичних виробничих умовах. В окремих випадках можливе їх працевлаштування вдома чи в спеціально створених умовах.

Допомога інвалідам

Лікарняний лист інвалідам, що працюють на виробництві, видають на загальних підставах незалежно від характеру захворювання, групи і причини інвалідності.



Індивідуальна програма реабілітації

Для кожного хворого персонально розробляється програма медичної і соціальної реабілітації - Індивідуальна програма реабілітації (ІПР). Для хворих з тимчасовою втратою працездатності вона відпрацьовується лікарями лікувально-профілактичних установ (ЛІТУ), а для хворих з стійкою втратою працездатності (інвалідів) - лікарями медико-соціальних експертних комісій (МСЕК).





ІПР містить комплекс заходів медичного, соціального, психологічного, педагогічного, професійного характеру, які залежать від реабілітаційного потенціалу закладу. Вони спрямовані на відновлення чи компенсацію порушених функцій або втрачених навичок інваліда, для забезпечення більш високого рівня життєдіяльності, максимально можливого відновлення працездатності, повернення в суспільство.



Відповідно до Індивідуальної програми реабілітації для кожного хворого розробляється реабілітаційний маршрут: перелік спеціалістів і підрозділів, які в певній послідовності необхідно пройти хворому відповідно до етапів реабілітаційного процесу.



Механізм реалізації Індивідуальної програми реабілітації інвалідів

Реабілітація інвалідів передбачає медичну, соціально-побутову, професійну реабілітацію, а також спеціальну реабілітаційну підготовку дітей.



Медична реабілітація

1. Відновна терапія проводиться у: відділеннях відновного лікування лікувально-профілактичних закладів, лікарнях реабілітації, санаторіях-профілакторіях місцевого значення, лікувально-оздоровчих центрах.
2. Реконструктивна хірургія проводиться в: лікувальних закладах обласного рівня, інститутах експертизи і науково-дослідних інститутах України.



Соціально-побутова реабілітація

Забезпечення спеціальними технічними засобами (крісло-коляска, автомобіль з ручним керуванням, мотоколяска та ін.), протезування, надання матеріальної допомоги (натуральної або фінансової) здійснюють відповідно до рекомендації ЛКК, МСЕК: Управління та відділи соціального захисту населення, Фонд соціального захисту інвалідів; Товариство Червоного Хреста, Фонд «Милосердя», протезно- ортопедичні підприємства, обласна та місцеві ради народних депутатів.



Професійна реабілітація



Професійна реабілітація включає професійну орієнтацію, професійне навчання, перенавчання. Крім цього, програма передбачає: а) раціональне працевлаштування хворих та інвалідів у звичайних умовах виробництва з наданням відповідних умов праці; б) в спеціально створених умовах праці; в) вдома - відповідно до рекомендацій ЛКК, МСЕК. Професійна реабілітація здійснюється: Фондом соціального захисту населення, центрами зайнятості населення, адміністрацією підприємств.



Професійне навчання і перенавчання проводять на виробництві, в спеціальних навчальних закладах, інтернатах Міністерства праці та соціальної політики України. Для непрацюючих інвалідів III групи вона проводиться за рахунок коштів державного Фонду сприяння зайнятості населення, а інвалідів I і II груп - за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів.



Оцінка ефективності реабілітації



Ефективність медико-соціальної реабілітації є основним показником якості роботи терапевтичної служби ЛПУ та медико-соціальної експертної служби. Враховують медичний і соціально-економічний ефект реабілітації.



Медичними критеріями диспансеризації і оздоровчих заходів є динаміка патологічного процесу: одужання, покращення (перехід з тяжкої в більш легку форму захворювання, відсутність загострень, рецидивів тощо), без змін.

Економічний ефект полягає в скороченні захворюваності з тимчасовою втратою працездатності та інвалідністю у кожному випадку в грошовому вигляді, вартістю товарної продукції, створеної хворим, за винятком затрат на лікування. Ще більш значний непрямий економічний ефект створюється від скорочення кількості хворих, які потребують після лікування працевлаштування, а також термінів лікування і адаптації до праці.

Соціальний ефект залежить від виду відновлення працездатності.



Види відновлення працездатності хворих та інвалідів:

- ◆ адаптація на попередньому місці;
- ◆ реадаптація - робота на новому робочому місці зі зміною умов праці, але на тому ж підприємстві;
- ◆ робота зі зниженим фізичним навантаженням відповідно до набутої нової кваліфікації, близької до попередньої;
- ◆ перекваліфікація на тому ж підприємстві при неможливості реалізації попередніх умов;
- ◆ перекваліфікація в реабілітаційному центрі з наступним влаштуванням на роботу за новим фахом.



ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!!!

