

ЛЕКЦИЯ 2 (1 часа)

ТЕМА:МЕДИЦИНСКИЕ ОСНОВЫ ИНВАЛИДНОСТИ

Студент должен иметь представление:

- о структуре инвалидности
- о структуре, основных задачах и функциях бюро медико-социальной экспертизы;
- о организации сестринского процесса в реабилитации;
- об основных аспектах семейной медицины.

знать:

- группы инвалидности;
 - виды реабилитации инвалидов;
 - степень утраты профессиональной трудоспособности
- принципы комплексного применения немедикаментозных средств, основные этапы реабилитации;
- функции и задачи сестринского процесса на этапе первичной медико-санитарной помощи;
 - цели сестринского процесса на этапе первичной медико-санитарной помощи.

Содержание лекции:

Инвалидность -стойкое нарушение (снижение или утрата) общей или профессиональной трудоспособности вследствие заболевания или травмы.

В Российской Федерации в зависимости от степени потери трудоспособности законодательство устанавливает 1-ю, 2-ю или 3-ю группу инвалидности, временно (6-12 месяцев) или бессрочно.

Инвалидам устанавливаются государственные пенсии (пособия) на льготных условиях, они обеспечиваются льготным или бесплатным лечением, протезированием, создаются условия для их трудоустройства (переквалификация в специальных школах, работа на дому) и предоставляются другие виды социального обеспечения и обслуживания.

Ограничение жизнедеятельности - это полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Дети-инвалиды - дети, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации, вследствие нарушения развития и роста ребенка, его способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению, игровой и трудовой деятельности в будущем.

Социальная дезадаптация - это нарушение приспособления индивида к изменившейся социальной среде, в отношении детей-инвалидов — в результате социальной недостаточности или социальной

дисфункции. Это такое нарушение жизнедеятельности, при котором ребенок может выполнять лишь ограниченно или не может выполнять совсем обычную для его положения роль в жизни и в обществе в зависимости от возраста, пола, социального и культурного положения.

Нарушение способности осуществлять ту или иную деятельность может быть от рождения или приобретено позже, может быть временным или постоянным. Особенностью современной патологии детского возраста является учащение перехода острых форм заболеваний в рецидивирующие и хронические, а также нарастание хронической патологии внутренних органов.

Терминология

«Первичные» физические недостатки – врождённый (генетически обусловленный) дефект организма человека.

«Вторичные» недостатки – дефекты (нехватка, отсутствие необходимого количества чего-либо) организма человека, возникшие вследствие наличия «первичных» физических недостатков.

«Третичные» недостатки – приобретённые дефекты организма путём воздействия «вторичных» недостатков в течении длительного времени из-за отсутствия медицинской помощи или отсутствия реабилитационного потенциала у пациента.

Психологические проблемы

Психологический климат в семье зависит от межличностных отношений, морально-психологических ресурсов родителей и родственников, а также от материальных и жилищных условий семьи, что определяет условия воспитания, обучения и медико-социальную реабилитацию. Выделяют 3 типа семей по реакции родителей на появление ребенка-инвалида: с пассивной реакцией, связанной с недопониманием существующей проблемы; с гиперактивной реакцией, когда родители усиленно лечат, находят «докторов-светил», дорогостоящие лекарства, ведущие клиники и т.д.; со средней рациональной позицией: последовательное выполнение всех инструкций, советов врачей, психологов.

Медико-социальные проблемы

Недостаточна обеспеченность медицинскими препаратами, тренажерами, инвалидными колясками, слуховыми аппаратами, протезами, ортопедической обувью. Обдумывая вопросы планирования семьи, лишь немногие родители решаются родить повторно после рождения ребенка с ограниченными возможностями.

Структура инвалидности - это распределение инвалидности по полу, по группам инвалидности, по классам болезней и т.д. (в процентах)...

Источник: Приказ Росстата от 22.11.2010 N 409

Медико-социальная экспертиза (МСЭ) - один из видов медицинской экспертизы.

В соответствии со ст. 7 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" медико-социальная экспертиза - определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Учреждения медико-социальной экспертизы в установленном законом порядке проводят освидетельствования граждан с целью установления группы инвалидности, определения степени утраты профессиональной трудоспособности, а также изучают распространенность и структуру инвалидности, причины, факторы и условия, влияющие на возникновение, развитие и исход инвалидности.

В зависимости от уровня, структуры заболеваемости и инвалидности в Федеральном бюро и главных бюро создаются следующие бюро или экспертные составы:

- общего профиля
- специализированного профиля, в том числе:
- для освидетельствования больных туберкулезом,
- лиц с психическими расстройствами,
- заболеваниями и дефектами органа зрения,
- лиц в возрасте до 18 лет,
- смешанного профиля.

Основные задачи медико-социальной экспертизы:

1. установление группы инвалидности (1-я, 2-я, 3-я) у лиц 18-ти лет и старше;
2. установление категории "ребенок-инвалид" у лиц моложе 18-ти лет;
3. установление причины инвалидности у лиц 18-ти лет и старше;
4. установление сроков инвалидности;
5. установление процентов утраты трудоспособности - только в случаях трудовых увечий и профессиональных заболеваний (во всех остальных случаях - бытовые травмы и т. д., проценты утраты трудоспособности устанавливает судебно-медицинская экспертиза);
6. разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов;
7. выполнение других функций и задач, предусмотренных действующим законодательством.

Основные функции бюро медико-социальной экспертизы

- а) проводит медико-социальную экспертизу граждан на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма;
- б) разрабатывает индивидуальные программы реабилитации инвалидов, в том числе определяет виды, формы, сроки и объемы мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации;
- в) устанавливает факт наличия инвалидности, группу, причины, срок и время наступления инвалидности;
- г) определяет степень утраты профессиональной трудоспособности (в процентах);
- д) определяет стойкую утрату трудоспособности;
- е) определяет нуждаемость пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в медицинской, социальной и профессиональной реабилитации и разрабатывает программы реабилитации пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
- ж) определяет причины смерти инвалида, а также лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской атомной электростанции и других радиационных или техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки;
- з) определяет нуждаемость по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, дедушки, бабушки или усыновителя граждан, призываемых на военную службу (военнослужащих, проходящих военную службу по контракту);
- и) дает гражданам, проходящим медико-социальную экспертизу, разъяснения по вопросам медико-социальной экспертизы;
- к) участвует в разработке программ реабилитации инвалидов, профилактики инвалидности и социальной защиты инвалидов;
- л) формирует банк данных о гражданах, проживающих на обслуживаемой территории, прошедших медико-социальную экспертизу; осуществляет государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов, проживающих на обслуживаемой территории;
- м) представляет в военные комиссариаты сведения обо всех случаях признания инвалидами военнообязанных и граждан призывного возраста.

Структура медико-социальной экспертизы

В настоящее время в Российской Федерации создана 3-уровневая система МСЭ: бюро МСЭ, главное бюро МСЭ и Федеральное бюро.

В случае несогласия с решением бюро, гражданин вправе обжаловать данное решение в месячный срок в главное бюро на основании письменного заявления. Заявление необходимо подать в бюро, где он проходил освидетельствование, либо в главное бюро. Решение главного бюро в течение месяца со дня его вынесения может быть обжаловано в Федеральное бюро (127486, г. Москва, ул. Сусанина, 3). Заявление подается в главное бюро, проводившее освидетельствование, либо в Федеральное бюро. Кроме того, решения бюро, главного бюро и Федерального бюро могут быть обжалованы в суде в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

Вся система МСЭ входит в состав Министерства труда и социальной защиты РФ.

Наиболее распространенными мерами поддержки инвалидов на рынке труда являются:

- квотирование рабочих мест;
- приспособление рабочих мест;
- освобождение работодателей от выплаты минимальной заработной платы;
- финансовые льготы работодателям, осуществляющим адаптацию рабочих мест для нужд инвалидов;
- финансовые льготы работодателям, нанимающим инвалидов;
- субсидии инвалидам, организующим свой малый бизнес;
- помощь в трудоустройстве.

Группы инвалидности

1. к I группе относятся лица, утратившие полностью трудоспособность и нуждающиеся в постороннем уходе;
2. ко II группе - утратившие полностью способность к профессиональному труду как по своей, так и по какой бы то ни было другой профессии;
3. к III группе - нетрудоспособные к систематическому труду по своей профессии в обычных условиях работы для этой профессии, но могущие использовать свою остаточную трудоспособность: а) либо не на регулярной работе, б) либо при сокращённом рабочем дне, в) либо в другой профессии со значительным снижением квалификации.

Ранее основанием для установления группы инвалидности являлось стойкое нарушение трудоспособности, которое приводило к необходимости прекращения профессионального труда на длительный срок или значительных изменений условий труда. Новым же положением предусмотрена оценка не только состояния трудоспособности, но и всех других сфер жизнедеятельности.

Закон 1995г. “О социальной защите инвалидов в Российской Федерации”.вобрал в себя все прогрессивные нормы социальных законов зарубежных стран и международных документов. Согласно Положению основания для признания гражданина инвалидом расширены.

К ним относятся:

- нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата лицом способности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);
- необходимость осуществления мер социальной защиты гражданина.

При этом, однако, наличия одного из указанных признаков не является достаточным для признания лица инвалидом.

В зависимости от степени нарушений функций организма и ограничения жизнедеятельности лицу, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а лицу в возрасте до 16 лет - категория "ребенок-инвалид".Основным отличительным моментом нового пакета законов и социальной политики в отношении инвалидов, как уже говорилось выше, стала их переориентация на активные меры, среди которых важнейшее значение отдавалось программам реабилитации инвалида. Разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов в соответствии с Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» входит в компетенцию учреждений медико-социальной экспертизы.

Индивидуальная программа реабилитации - это реальный шаг инвалида на пути к улучшению здоровья, повышению профессионального статуса, доступности социальной среды обитания. Таким образом, именно в реабилитационной направленности состоит существенное отличие деятельности новых учреждений медико-социальной экспертизы (бюро медико-социальной экспертизы -БМСЭ) от ранее функционировавших ВТЭК.

Профессиональная и трудовая реабилитация (инвалиды на рынке труда)

Одним из основных направлений поддержки инвалидов является профессиональная реабилитация, которая является важнейшей составной частью государственной политики в области социальной защиты инвалидов.

Профессиональная реабилитация инвалидов включает следующие мероприятия, услуги и технические средства:

- профориентация (профинформирование; профконсультирование; профотбор; профподбор);
- психологическая поддержка профессионального самоопределения;
- обучение (переобучение) по программам основного общего образования, среднего (полного) общего образования, начального, среднего и высшего профессионального образования;
- повышение квалификации;
- содействие трудоустройству (содействие в трудоустройстве на временные работы, на постоянное место работы, самозанятости и предпринимательству);
- квотирование и создание специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов;
- профессионально-производственная адаптация.

Профессиональная реабилитация инвалидов с их последующим трудоустройством экономически выгодна для государства. Так как, средства, вложенные в реабилитацию инвалидов, будут возвращаться государству в виде налоговых поступлений, являющихся следствием трудоустройства инвалидов. В случае ограничения доступа инвалидов к занятиям профессиональной деятельностью, расходы на реабилитацию инвалидов лягут на плечи общества в еще большем размере.

В настоящее время удельный вес работающих инвалидов в общей их численности не превышает 11%. Особенно тяжелое положение складывается с занятостью инвалидов I и II групп, среди которых удельный вес работающих – менее 8 %.

Законодательство в отношении инвалидов не учитывает, что работодателю нужен не инвалид, а работник. Полноценная трудовая реабилитация и состоит в том, чтобы сделать из инвалида работника. Однако для этого необходимы определенные условия. Эффективная последовательность - превратить инвалидов в работников, а затем трудоустроить, но не наоборот. Профессиональная подготовка и профессиональное образование инвалидов являются важнейшими аспектами их профессиональной реабилитации.

Изучение потребности инвалидов в различных видах реабилитации в городах России показало, что 62,6% инвалидов нуждаются в тех или иных мерах профессиональной реабилитации. Потребность в профессиональной реабилитации особенно высока у инвалидов молодого и среднего возраста - соответственно 82,8% и 78,7% от численности инвалидов указанных возрастных групп.

В профессиональной ориентации нуждается каждый пятый, а в профобучении, - почти каждый десятый инвалид, в трудовой адаптации - 25,4% инвалидов. Выявлена высокая потребность инвалидов в трудовом устройстве (59,5%). Однако, несмотря на то, что треть обращающихся инвалидов составляют лица в возрасте до 45 лет, как показывает практика и результаты специальных

исследований, только 2,1% инвалидов получают рекомендации пройти профподготовку или получить профобразование.

Из-за недостатка финансовых средств сокращаются возможности профессионального обучения инвалидов в образовательных учреждениях профессионального образования системы Министерства труда и социального развития РФ: в них обучается около 7 тыс. инвалидов, в то время как МСЭК ежегодно рекомендует пройти обучение в специальных учебных заведениях 11-12 тыс. инвалидам.

Специальные учебные заведения не обеспечивают подготовки инвалидов на уровне, гарантирующем их конкурентоспособность, а некоторые из них готовят специалистов, которые заведомо оказываются невостребованными.

В значительной мере это обусловлено следующими причинами:

- специалисты МСЭК, которые сегодня осуществляют профессиональную ориентацию инвалидов, не владеют информацией о показаниях и противопоказаниях к приему в высшие и другие образовательные учреждения, ориентируясь на пожелания самих инвалидов;

- инвалиды не имеют доступа к информации о показаниях и противопоказаниях к приему в образовательные учреждения: 98% из них мало что знают о выбранной профессии и условиях ее труда;

- 68% инвалидов считают специальные образовательные учреждения системы социальной защиты населения непрестижными и не дающими перспектив для последующего трудоустройства;

- образовательные учреждения не приспособлены для инвалидов, чьи психосоматические возможности требуют особой инфраструктуры помещений, специального оборудования учебных мест и специальной методики обучения. Ввиду этого круг профессий, которым могут быть обучены инвалиды, сужается и субъективно формируются противопоказания для приема в образовательные учреждения;

- неразвитость региональной сети профессиональных образовательных учреждений (в России функционирует 30 таких учреждений). В результате обучение в них связано для инвалида с переездом из места постоянного жительства, что не всегда приемлемо.

Степень утраты профессиональной трудоспособности (СУПТ)

Постановлением Правительства РФ от 16.10.2000 № 789 утверждены Правила установления СУПТ в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, в которых подробно описано, каким образом установить размер возмещения вреда.

18.07.2001 Постановлением МТиСР № 56 были утверждены Временные критерии определения СУПТ в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. Итак, пострадавший должен обратиться в учреждение медико-социальной экспертизы для

освидетельствования. Также обращаться в эти учреждения могут работодатель (страхователь), Фонд обязательного медицинского страхования (страховщик) или суд (по его определению). Обязательным условие проведения МСЭ является наличие акта о несчастном случае на производстве или акта о профессиональном заболевании.

Согласно статьи 3 ФЗ №125 под профессиональной трудоспособностью понимается способность человека к выполнению работы определенной квалификации, объема и качества, а под степенью утраты профессиональной трудоспособности- выраженное в процентах стойкое снижение способности застрахованного осуществлять профессиональную деятельность до наступления страхового случая.

При определении СУПТ учитывается выраженность нарушений функций организма пострадавшего, приводящих к ОСТД, и других категорий жизнедеятельности. Итак, пострадавшему необходимо поставить клинико-функциональный диагноз, причем не забывать, что трудоспособность больных определяется не только основным диагнозом по последствиям трудового увечья или проф. заболевания, но и состоянием организма в целом. Должны быть учтены сопутствующий диагноз и компенсаторные возможности организма.

Своевременное освобождение больного от противопоказанных видов и условий труда нередко имеет решающее значение в медицинской и профессиональной реабилитации, в то время как продолжение работы, не адекватной состоянию здоровья, обуславливает прогрессивное течение заболевания и неэффективность проведенной терапии.

СУПТ выражают в процентах и устанавливают в пределах от 10 до 100 %.

- 100 % устанавливаются при значительно выраженных нарушениях функций организма и полной утрате способности к трудовой деятельности.
- 70-90% - при выраженных нарушениях функций организма с возможностью выполнять работу лишь в специально созданных условиях.
- 40-60% - при умеренных нарушениях функций организма, когда возможна профессиональная деятельность в обычных производственных условиях, но с выраженным снижением квалификации, либо с уменьшением объема выполняемой работы.
- 10-30% - в случае если пострадавший может продолжать проф. деятельность с умеренным или незначительным снижением квалификации, либо с уменьшением объема выполняемой работы, либо при изменении условий труда, влекущих снижение заработка, или если работа требует большего напряжения, чем прежде.

В Правилах дано четкое определение спец. созданных условий труда – это организация работы, при которой пострадавшему устанавливаются сокращенный рабочий день, индивидуальные нормы выработки, дополнительные перерывы в работе, создаются соответствующие санитарно-гигиенические условия, рабочее место оснащается специальными техническими средствами, проводятся систематическое медицинское наблюдение и другие мероприятия.

СУПТ при очередном переосвидетельствовании устанавливается с учетом результатов реабилитации.

Проблема инвалидности является актуальной во всем мире. Семья, ближайшее окружение лица с ограниченными возможностями — главное звено в системе его воспитания, социализации, удовлетворения потребностей, обучения, проф-ориентации. Когда в семье есть инвалид, это может повлиять на создание более жёст-кого окружения, необходимого членам семьи для выполнения своих функций.

Семейная медицина– это медицина, в рамках которой врач и медицинская сестра обеспечивают первичную, непрерывную и всестороннюю медицинскую помощь не только пациенту, но и членам его семьи, таким образом, в поле зрения семейной медицины находятся лица всех возрастных групп. Хорошо зная своих пациентов, семейные врач и медицинская сестра видят такие изменения в состоянии их здоровья, на которые другие специалисты, как правило, могут не обратить внимания.

Поэтому так велика роль «команды» первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в целом, т.е. врача и медицинской сестры. Главными отличиями работы медицинской сестры общей практики от деятельности участковой медицинской сестры являются: тесный контакт с семьями пациентов, профилактическая направленность действий, постоянная их оценка (на основании чего планируется работа), совершенствование практических умений и постоянное повышение уровня профессиональных знаний.

Медицинская сестра врача общей практики осуществляет в том числе и следующие функции:

- проводит занятия (по специально разработанным методикам или составленному и согласованному с врачом плану) с различными группами пациентов. Например, «школы-пациентов» - (школа - бронхиальной астмы, сахарного диабета, артериальной гипертензии). Задачи медицинской сестры, ведущей занятия в указанных школах, - дать пациенту необходимые сведения о заболевании и возможных осложнениях, обозначить основные проблемы (физиологические, психологические, социальные), связанные с реакцией пациента на патологический процесс, наметить программу мероприятий и научить пациента принимать необходимые решения в конкретных ситуациях, обучить алгоритму самостоятельного осмотра например, у женщин с целью выявления ранней диагностики

заболеваний молочной железы. Цель обучения – увеличение периодов ремиссии, уменьшение осложнений, стабилизация течения заболевания, а значит, уменьшение затрат на лечение и, соответственно, улучшение качества жизни.

- оказывает консультативную помощь пациентам и членам их семей по вопросам сохранения и укрепления здоровья, медико-социальной помощи. Обучает пациентов самоконтролю и самопомощи при первых симптомах ухудшения здоровья, а членов семьи – приемам ухода за тяжелобольными.

- организует и проводит гигиеническое обучение и воспитание населения, профилактические мероприятия - иммунопрофилактика, мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний и т.д.

Семейная сестра должна уметь:

- выявлять основные проблемы семьи на разных стадиях её жизненного цикла, связанных с сохранением и укреплением здоровья;
- выявлять основные социально-экономические, культурные и религиозные проблемы семьи, влияющие на состояние здоровья её членов;
- оказывать консультативную помощь семье на разных стадиях её развития по воспитанию потребности в здоровом образе жизни, по сохранению и укреплению здоровья, преодолению кризисных ситуаций;
- оценивать уровень здоровья семьи, планировать мероприятия по её оздоровлению;