

**Міністерство охорони здоров'я України
Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів
Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова**



**ПРИНЦИПИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ
ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ З ДИТИНСТВА
ВНАСЛІДОК ПАТОЛОГІЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**


Методичні рекомендації

Вінниця 2015

Міністерство охорони здоров'я України
Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів
Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

ЗАТВЕРДЖУЮ

Начальник відділу організації
соціальної допомоги окремим
категоріям громадян, а також
питань МСЕ МОЗ України


Черняк С.І.
« 2015 р.

**ПРИНЦИПИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ
ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ З ДИТИНСТВА
ВНАСЛІДОК ПАТОЛОГІЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**

Методичні рекомендації

Вінниця 2015

УДК 614.2:616.8-007-053.2-036.865

Установа розробник: Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів
Вінницького національного медичного університету ім.М.І.Пирогова

Автори: д.мед.н., професор Шевчук В.І., к.мед.н., ст.н.с. Сторожук Л.О., к.мед.н.
Безсмертна Г.В., Довгалюк Т.В.

Рецензент: д.м.н., професор П.В.Волошин, директор ДУ«Інститут неврології,
психіатрії та наркології» НАМН України

ЗМІСТ

Вступ.....	4
Медико-соціальна експертиза дітей-інвалідів внаслідок патології нервової системи	6
Реабілітація дітей з інвалідністю внаслідок захворювань нервової системи	12
Методика аналізу дитячої інвалідності внаслідок патології нервової системи..	14

ВСТУП

Упродовж останніх років в Україні, як і в усьому світі, відмічаються несприятливі зміни стану здоров'я населення. Спостерігається постійне збільшення частоти уроджених і спадкових захворювань; високий показник кількості дітей, народжених із травмами й патологією центральної нервової системи; постійне збільшення хронічних форм патології і, як результат цього, - невпинне зростання дитячої інвалідності. Дані медико-соціальних досліджень свідчать, що ці проблеми найбільш актуалізуються в існуючий період кризи, коли страждають у першу чергу соціально незахищені верстви населення. Медико-соціальна значущість дитячої інвалідності підтверджується її великою розповсюдженістю; невпинним зростанням; високим рівнем захворюваності та смертності цих дітей; необхідністю проведення для них низки лікувально-відновлювальних, реабілітаційно-психологічних та соціальних заходів на протязі усього періоду їх життя; необхідністю втручання на всіх рівнях надання допомоги (первинному, вторинному, третинному) з залученням усіх структурних підрозділів галузі охорони здоров'я і соціального захисту. Перераховане вище ставить дитячу інвалідність в ряд соціально значущих світових проблем, першочергове вирішення якої потребує використання всіх ресурсів не тільки системи охорони здоров'я, а й держави в цілому.

Дитячій інвалідності, як медико-соціальній проблемі, на протязі останніх років присвячено велику кількість наукових розробок, широке коло сучасних досліджень вітчизняних та світових науковців. Але основні напрямки цих досліджень стосуються, в основному, відбудовно-лікувально-профілактичного профілю. В той же час, залишається недостатньо вивченим широке коло медико-соціальних проблем дітей-інвалідів, які вимагають негайного поглибленого дослідження, а саме: немає адаптованих методик встановлення потреб дітей з інвалідністю в медико-соціальній допомозі, що робить неможливим об'єктивізацію

проблем їх здоров'я та системи їх охорони здоров'я; не досліджено реальний стан надання їм цієї допомоги, який би обґрунтував правильність використання ресурсів галузі охорони здоров'я на державному, регіональному рівнях; відсутні вітчизняні методики вивчення та оцінки якості життя даної когорти дітей на індивідуально-популяційних рівнях як одного з важливих показників, який характеризує стан здоров'я дитини; недостатньо вивчено соціально-психологічні особливості дітей з обмеженими можливостями, що зменшує надання їм психологічної та психотерапевтичної допомоги; не розроблені базові ефективні системи медико-соціальної реабілітації даних дітей. Вимагає розробки та впровадження державна система надання медико-соціальної допомоги дітям-інвалідам з урахуванням взаємної інтеграції медичних та соціальних структур й організації широкої ланки спеціалізованих медико-соціальних центрів для дітей-інвалідів.

Дані методичні рекомендації призначені для лікарів педіатрів, неврологів, МСЕК та ЛКК та в істотній мірі заповнюють відомий дефіцит вітчизняної методичної літератури з даних проблем.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ ВНАСЛІДОК ПАТОЛОГІЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Розвиток медико-соціальної експертизи та реабілітації осіб до 18 років визначається наявністю в соціальній структурі суспільства значної кількості дітей, з ознаками інвалідизації, що аргументовано переконливими даними міжнародної статистики, згідно з якою кількість інвалідів у всіх країнах велика і чітко простежується тенденція до її зростання.

Рівень дитячої інвалідності є важливим показником стану здоров'я суспільства, відношення держави до здоров'я дітей і відображає ступінь якості надання медичної допомоги. В зв'язку з цим інвалідність у дітей є актуальною проблемою медицини і одним з найважливіших напрямків медико-соціальної експертизи є детальне вивчення дитячої інвалідності та пошук шляхів її зниження. Рішення експертних питань і підходів до надання соціальної допомоги дітям з інвалідністю має ряд істотних особливостей і відмінностей. Це, по-перше, обумовлено початковою відсутністю соціальної дієздатності дитини за фактом її залежності від дорослого, що здійснює процес догляду, навчання, виховання і т.д. По-друге, це особливості експертизи, які припускають обов'язкову періодизацію життя дитини до 18 років, що дозволяє найбільш об'єктивно оцінювати відхилення того чи іншого параметра життєдіяльності залежно від вікових норм розвитку. По-третє, основні критерії життєдіяльності дітей різного віку в значній мірі відрізняються від таких у дорослих і мають свою періодизацію згідно з нормами фізичного, нервово-психічного, соціального та особистісного розвитку дитини. Таким чином, можна виділити наступні особливості, які характеризують на сучасному етапі загальні тенденції в системі медико-соціальної експертизи дітей:

1. Основним показанням для визнання дитини інвалідом є наявність у неї ознак соціальної недостатності, яка обумовлює необхідність в

особливому додатковому догляді за ним з боку дорослого та використання додаткових заходів і засобів, спрямованих не тільки на компенсацію дефекту, але і на збереження залишкових функцій та розвиток навичок і вмінь, порівняно зі здоровими однолітками та дітьми з порушеннями здоров'я без ознак соціальної недостатності.

2. Соціальна недостатність дитини оцінюється за специфічними, відмінними від дорослого, критеріями життєдіяльності, мають вікову періодизацію відповідно до норм розвитку дитини до 18 років.

3. Діагностика ступеня обмеження життєдіяльності і ознак соціальної недостатності проводиться комплексно з урахуванням всіх наявних порушень функціонального, психологічного, педагогічного та соціального характеру.

4. Медико-соціальна експертиза дітей – етапний процес, який передбачає послідовну діагностику трьох рівнів:

- Оцінку функціонального стану організму дитини з урахуванням вікових норм розвитку;
- Виявлення обмежень життєдіяльності дитини і ступеня її залежності від дорослого;
- Визначення ознак соціальної недостатності, викликані обмеженнями життєдіяльності.

5. У процесі експертизи соціальної недостатності бере участь група фахівців-експертів різного профілю (лікарі, педагоги, дефектологи, психологи, соціальні працівники).

6. Обов'язковим етапом експертної роботи з дитиною-інвалідом є розробка програми корекції, розвитку та компенсації функцій, порушених внаслідок дефекту (Індивідуальна програма реабілітації дитини) з регулярною оцінкою ефективності її виконання і корекцією змісту.

Важливе значення у формуванні медико-соціальної експертизи та реабілітації в педіатрії має концепція наслідків хвороби та її складові: пошкодження (impairment), порушення життєдіяльності (disability) і

соціальні обмеження (handicap).

Обмеження життєдіяльності в дитячому віці – це будь-яке обмеження або відсутність (внаслідок порушення) здатності здійснювати вікову діяльність способом або в рамках, що вважаються нормальними для дитини даного віку. Обмеження життєдіяльності може виникнути як прямий наслідок порушення або як реакція індивіда, особливо психологічна, на сенсорне, фізичне чи інше порушення.

Формування і оцінка критеріїв життєдіяльності у дітей має суттєві відмінності від таких у дорослих в силу їх вікової періодизації та пов'язані з поступовим фізичним розвитком, ступінчастим формуванням соціальних навичок, психологічним дорослішанням.

Згідно з сучасними підходами до формування критеріїв життєдіяльності в різні періоди дитинства виділяється поняття «провідна вікова діяльність», яка передбачає можливість реалізації та подальшого розвитку основних навичок життєдіяльності дитини та її взаємодії з навколишнім середовищем.

Такий підхід, дозволив виділити основні терміни формування навичок, які забезпечують поступове зниження соціальної залежності дитини від оточуючих: 1,5-3 роки; 3-6 років; 6-14 років; 14-18.

Критеріями життєдіяльності дітей є:

- Рухова активність;
- Самообслуговування;
- Спілкування;
- Навчання;
- Пізнавальна та ігрова діяльність;
- Самоконтроль (контроль за своєю поведінкою);
- Готовність до праці.

З урахуванням ступенів розвитку навичок соціальної активності дитини і відмінностей у провідній віковій діяльності на етапах дорослішання, виділяють «вікові критерії життєдіяльності», обмеження

яких є основним оціночним показником соціальної недостатності дитини.

Соціальна недостатність у дітей оцінюється за обставинами, які ставлять хвору дитину в не вигідне становище порівняно зі здоровими однолітками.

Критерії соціальної адаптації дітей включають в свій склад:

- можливість відвідування дитиною дошкільного (шкільного) колективу звичайного типу на загальних заставах;

- обсяг, частоту, регулярність, особливості додаткової допомоги з боку інших осіб (з урахуванням вікових особливостей залежності дитини від дорослого);

- необхідність використання допоміжних засобів і заходів компенсації;

- можливість виконання всіх видів діяльності відповідно віку;

- вплив ступеня дезадаптації на загальний розвиток дитини і на формування соціальних навичок на етапах його розвитку.

Інвалідність у дітей на відміну від дорослих не має причини інвалідності та градації тяжкості за групами інвалідності і встановлюється на певний період: на 2 роки, 5 років, і до виповнення 18 років. Термін, на який встановлюється інвалідність у дитини, залежить від можливості зворотності викликаних захворюванням або травмою функціональних порушень і можливості соціальної адаптації.

Визначення інвалідності у дітей проводиться відповідно до ступеня втрати здоров'я за наступними критеріями:

I ступінь втрати здоров'я дитини-інваліда – наявність легкого ступеня обмежень життєдіяльності, з урахуванням вікових норм розвитку, що призводять до соціальної недостатності, внаслідок захворювань, травм, вроджених і набутих дефектів. Такі обмеження мають, як правило, тимчасовий характер і можуть компенсуватися повністю або частково з часом в більш старшому віці.

II ступінь втрати здоров'я – порушення здоров'я, що призводять до

обмежень помірного ступеня за одним або декількох вікових критеріях життєдіяльності, які мають експертну значимість у даному віці. Враховуючи той факт, що обмеження критеріїв життєдіяльності в цій градації досягає рівня, коли дитина потребує індивідуального підходу до процесу виховання і навчання, ступінь втрати здоров'я дитини передбачає можливість оформлення соціальної допомоги по догляду особам, що здійснюють догляд за нею.

III ступінь втрати здоров'я – виражені порушення життєдіяльності, з урахуванням вікових особливостей та норм розвитку, що вимагають створення спеціальних умов у процесі виховання, навчання, повсякденної діяльності дитини та вимагає постійної допомоги інших осіб або здійснення повного обсягу заходів, необхідних для забезпечення її життєдіяльності. Визначається можливість оформлення соціальної допомоги по догляду за дитиною-інвалідом.

IV ступінь втрати здоров'я – різко виражені порушення життєдіяльності дитини, що призводять до повної та постійної залежності її від особи, яка здійснює за нею догляд.

Одним з найважливіших і самостійних етапів вирішення питань впливу на динаміку інвалідності в осіб до 18 років, є розвиток напрямків, що розглядають та регламентують нормативні питання дитячої інвалідності, зокрема, питання організації та методичних підходів до медико-соціальної експертизи.

Таким чином, можна виділити наступні основні положення медико-соціальної експертизи дітей з хворобами нервової системи:

- можливість відвідування дитиною дитячого колективу і можливості матері здійснювати при цьому професійну діяльність;
- ступінь (обсяг, складність) і необхідність додаткового догляду за дитиною порівняно зі здоровими однолітками;
- можливості реалізації дитиною основної, відповідно віку, діяльності для успішного етапного розвитку навичок соціальної незалежності та

соціальної адаптації в майбутньому;

- вплив обмежень того чи іншого параметра на загальний розвиток дитини (фізичний, нервово-психічний, особистісний, соціальний);

- необхідність проведення додаткових видів лікування і реабілітації, що вимагають значних матеріальних витрат, не передбачених іншими нормативними документами, по пільговому забезпеченню дітей з різними захворюваннями нервової системи медикаментозними засобами, засобами реабілітації та ін.;

- прогноз динаміки тяжкості патології нервової системи, в тому числі з урахуванням можливості впливу на її прояви та профілактику її ускладнення засобами медичної та немедичної корекції, компенсації, замісної терапії тощо.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ ВНАСЛІДОК ЗАХВОРЮВАНЬ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Під реабілітацією дітей-інвалідів розуміється система заходів, мета яких якнайшвидше і найбільш повне відновлення здоров'я хворих та інвалідів і повернення їх до активного життя. Реабілітація хворих та інвалідів являє собою комплексну систему державних, медичних, психологічних, соціально-економічних, педагогічних, виробничих, побутових та інших заходів.

В основу реабілітації хворої дитини повинні бути покладені такі принципи:

1. Реабілітація дитини з інвалідністю повинна здійснюватися в умовах установи, яка забезпечує всіма видами відновного лікування, висококваліфікованими кадрами, що має в достатньому обсязі засоби ефективного контролю, і так само добре налагоджений зв'язок з іншими лікувальними і реабілітаційними установами;

2. Реабілітація дитини з інвалідністю повинна починатися на самих ранніх стадіях хвороби, складаючи спочатку природну і органічну частину лікувального процесу, доповнюючи і збагачуючи комплексне лікування;

3. Процес реабілітації повинен здійснюватися безперервно, поки не буде досягнуто в мінімально можливих термінах максимальне відновлення здоров'я та дієздатності дитини;

4. Реабілітація на кожному етапі повинна бути комплексною, перш за все, об'єднаною єдиною метою діяльність медичних працівників, педагогів, психологів, соціальних працівників та інших учасників реабілітаційного процесу;

5. Індивідуальний характер як програми реабілітації, так і засобів, що застосовуються, передбачає врахування індивідуальних особливостей особистості дитини і своєрідність патологічних, морфологічних і функціональних змін;

6. Повернення дитини з інвалідністю до звичайних для неї умов життя, виховання, навчання, занять спортом тощо, при необоротних змінах – адаптація до нових умов життя.

З єдиного реабілітаційного процесу можна виділити наступні основні складові: медична реабілітація, психологічна реабілітація, педагогічна реабілітація, соціальна реабілітація, професійна реабілітація та спортивна реабілітація.

МЕТОДИКА АНАЛІЗУ ДИТЯЧОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ПАТОЛОГІЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Аналіз дитячої інвалідності внаслідок захворювань нервової системи відбувається за допомогою трьох методичних напрямків:

1. Статистичний, який включає встановлення та аналіз рівня, структури та причин дитячої інвалідності внаслідок вродженої та набутої патології нервової системи.

2. Медико-організаційний, який вивчає якість надання медичної допомоги дітям-інвалідам, оцінює якість диспансерного нагляду, визначає початок реабілітаційних заходів з медичної, побутової, педагогічної і соціальної реабілітації. Суть медико-організаційного аналізу дитячої інвалідності полягає також в експертизі попередження народження дітей з патологією нервової системи, яка призводить до інвалідності.

Експертами в особі висококваліфікованих спеціалістів проводиться ретроспективний аналіз причин народження таких дітей. Для цього використовуються дані із наступної медичної документації: картки вагітності, історії пологів, історії розвитку новонародженого і дитини старшого віку, медичної карти стаціонарного хворого, даних генетичного центру.

3. Соціально-гігієнічний, який вивчає фактори і умови життя хворої дитини, що впливають на формування дитячої інвалідності та її рівень.

Серед показників, які характеризують роботу по диспансеризації дітей-інвалідів, найбільш важливими є: повнота об'єму диспансеризації, що дорівнює числу хворих із захворюваннями нервової системи, які стоять на диспансерному спостереженні на початку року з додатком тих хворих, які взяті на облік протягом року.

Названі вище показники, насамперед, характеризують організацію диспансерного нагляду, але важливо оцінити ефективність диспансеризації дітей-інвалідів з патологією нервової системи на основі вивчення повноти

обстеження, регулярності спостереження, проведення комплексу лікувально-оздоровчих заходів і його результатів, основними критеріями яких є оцінка зрушень в стані здоров'я дітей-інвалідів (покращення, погіршення, без змін).

Зазначено також фактори ризику народження дітей із патологією, що призводить до інвалідності по кластеру «Медико-соціальна характеристика матері» та «Медико-соціальна характеристика батька».

Більшість перерахованих факторів ризику є керованими і переборними; при активному і своєчасному їх виявленні й усуненні медичними працівниками, а також при більш широкому використанні в роботі нових методів діагностики донозологічних станів можливо досягти значного зниження дитячої інвалідності.

Важливою задачею медико-соціального дослідження є вивчення забезпечення потреб дітей-інвалідів внаслідок хвороб нервової системи у медико-соціальній допомозі. Визначено, що високий стан залежності від допомоги найбільш незахищених верств населення – незаперечне та досить закономірне явище. Адже завжди у даних осіб спостерігається зміна реактивності організму, зниження функціонального стану та адаптаційних механізмів, обмеження пристосувальних та психологічних можливостей тощо. Все це і визначає досить високий ступінь залежності від медичної, реабілітаційної, психологічної, соціальної, юридичної, побутової та ін. допомоги.

Для дослідження стану надання, потреб та рівнів забезпеченості медико-соціальною допомогою дітей-інвалідів нами використана методика кількісної інтегральної оцінки забезпеченості їх медико-соціальною допомогою. Основними перевагами запропонованого методу є можливість кількісної оцінки потреб виходячи з якісних характеристик, урахування індивідуальних особливостей; висока економічність та швидкість обстеження, що дозволяє проводити дослідження як на індивідуальному, так і на популяційному рівнях; простота і зручність для користувачів;

гнучкість системи і простота її вдосконалення.

Нами отримані дані, які свідчать про наявність істотних недоліків при наданні окремих видів медичної допомоги дітям-інвалідам та їх недовіру до пропонуванних лікувально-оздоровчих заходів. Встановлено, що в цілому рівень забезпеченості медико-соціальною допомогою дітей-інвалідів складає 60,0%.

Основними факторами, які істотно впливають на забезпеченість допомогою, є: умови мешкання та ступінь дії інвалідизуючої патології. Діти з більш тяжким ступенем патології нервової системи та які проживають в умовах інтернату, мають вкрай низькі загальні рівні забезпеченості медико-соціальною допомогою. При цьому, менше всього діти забезпечені санаторно-курортним лікуванням, можливістю відвідування секцій та гуртків, швидкою та невідкладною допомогою та отриманням пільгових препаратів та спеціальних пристроїв.

Діти-інваліди забезпечені складовими медичної та соціальної допомоги і пільгового обслуговування. Медичну допомогу в цілому в повній мірі отримують лише 50% дітей, амбулаторну, реабілітаційну – тільки 30%, пільгову – лише 20%, навчання спеціальним корекційним і розвиваючим вправам – 40% дітей-інвалідів. Основними проблемами, які стають на заваді спільного навчання дітей-інвалідів та здорових дітей є: проблеми навчання, неготовність сім'ї, психологічні проблеми і фізичні вади дітей-інвалідів.

Також у розрізі вивчення даного питання визначені значні "сімейні" труднощі родин дітей-інвалідів. У опитаних дітей практично відсутня можливість відвідування розвиваючих секцій та стороннього залучення спеціальних корегуючих та розвиваючих засобів: лише у 1/6 сімей є можливість користуватись спортивним інвентарем та спеціальними засобами, у третини дітей – відвідувати гуртки та секції. Основні причини такого стану – досить низькі фінансові та соціальні можливості цих дітей та їх сімей.

Окрім цього, простежено незадовільну санітарно-освітню роботу та низьку забезпеченість дітей і їх сімей інформаційними даними щодо інвалідизуючої патології, шляхів та методів корекції і реабілітації, відновлювальної терапії, соціальних пільг тощо. Для проведення санітарно-освітньої роботи не повною мірою використовуються засоби масової інформації, телебачення і радіо.

Ефективність надання дітям-інвалідам медико-соціальної допомоги залишається на низькому рівні, а їх потреби в ній все більше зростають. Слід пам'ятати, що дитина-інвалід на протязі усього життя потребує постійної уваги з боку держави, медичних та соціальних працівників, педагогів, психологів, юристів й інших спеціалістів, тобто необхідна система медико-соціальної допомоги, яка спрямована на ефективне використання наявних ресурсів галузі охорони здоров'я, освітньої та соціальної сфер для якомога повного задоволення потреб дітей-інвалідів у складових допомогі шляхом залучення відповідних організаційно-технологічних форм, засобів та широкого кола фахівців різних галузей, і основна мета якої – організація комплексного надання медико-соціальної допомоги дітям-інвалідам на індивідуальному, сімейному і популяційному рівнях.

Система реалізовується за умови залучення усіх людських, матеріально-технічних та економічних засобів державного рівня та вирішує наступні **завдання**: 1. *Раннє активне виявлення дітей-інвалідів з одержанням достовірної інформації щодо їх медико-соціальних характеристик.* 2. *Виявлення потреб дітей у медико-соціальній допомозі і максимальне їх задоволення.* 3. *Досягнення високого рівня якості життя дітей-інвалідів зі стимулюванням їх індивідуального прагнення до підвищення рівня соціальної інтеграції.* 4. *Забезпечення економічної ефективності медико-соціальних заходів.* 5. *Формування державної інформаційної бази щодо дітей-інвалідів.*

Для забезпечення максимальної ефективності надання медико-

соціальної допомоги дітям-інвалідам необхідно, щоб вона проводилася активно, інтегровано, динамічно і керувалася **основними принципами:** державний рівень; всебічна доступність та спрямованість у напрямку рівних можливостей для усіх; реабілітаційно-профілактична направленість; індивідуальність та достатність заходів; етапність реалізації; комплексність і інтегративна спрямованість медичних, соціальних педагогічних впливів; адекватне інформаційне забезпечення з залученням засобів масової інформації; сучасність та контроль ефективності системи.

Систему медико-соціальної допомоги необхідно вважати одним з головних чинників охорони здоров'я дітей-інвалідів і добробуту суспільства в цілому. Незалежно від рівня, на якому вона діє (індивідуальний, регіональний, національний), її організаційна структура повинна бути спрямована в напрямку **основних пріоритетів:** системна інтеграція медичної, педагогічної, соціальної служб; підвищення рівня здоров'я, життєздатності, соціалізації та інтеграції у суспільстві дітей-інвалідів зі збільшенням активності суспільної діяльності; підвищення рівня надання допомоги дітям-інвалідам з максимальним задоволенням їх потреб; раціональне використання державних ресурсів; впровадження світового досвіду з використанням інших форм надання допомоги; формуванням суспільної думки щодо рівноправного ставлення до дітей-інвалідів.

Практичну направленість системи медико-соціальної допомоги дітям-інвалідам слід спрямовувати на їх медико-соціальну реабілітацію, яка складається з декількох етапів: 1. Проведення медико-соціальної експертизи (реабілітаційно-експертної діагностики). 2. Індивідуальний підбір реабілітаційних технологій, розробка індивідуальної програми медико-соціальної реабілітації. 3. Реалізація індивідуальної програми медико-соціальної реабілітації. 4. Оцінка ефективності проведених реабілітаційних заходів з їх динамічним контролем і корегуванням (рис. 1).

Етап проведення медико-соціальної експертизи (реабілітаційно-експертної діагностики): прогнозування ризику розвитку інвалідизуючої патології; клінічне і клініко-функціональне обстеження хворого і встановлення діагнозу; виявлення контингенту хворих, що підлягають направленню на медико-соціальну експертну комісію; вивчення медико-соціальних факторів, що обмежують життєдіяльність; огляд хворого спеціалістами медико-соціальної експертної комісії і формування експертного висновку про інвалідність.

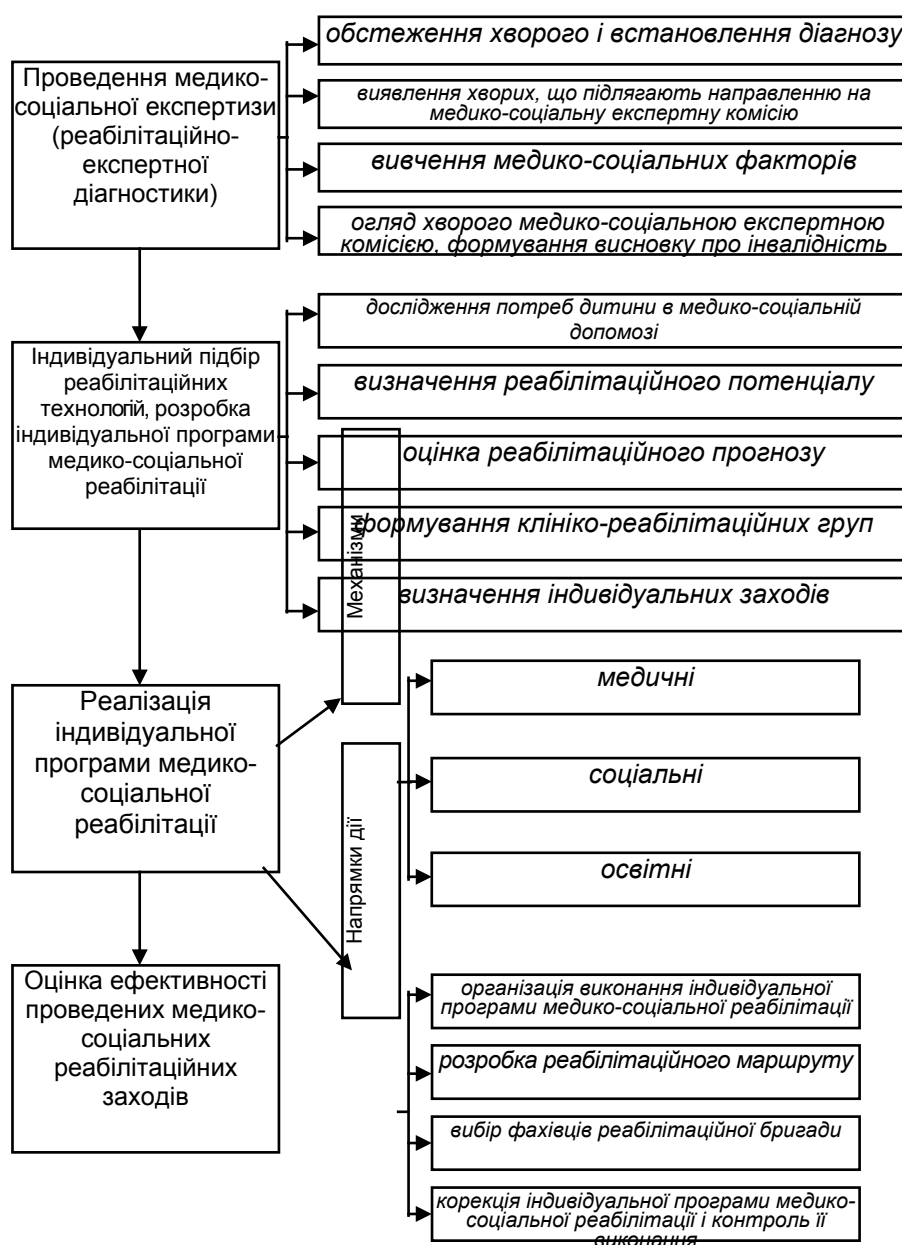


Рис. 1. Схема надання медико-соціальної допомоги дітям-інвалідам

Етап індивідуального підбору реабілітаційних технологій та розробки індивідуальної програми медико-соціальної реабілітації (комплекс оптимальних для окремої дитини-інваліда різних видів, форм, обсягів, термінів і порядку впровадження медико-соціальних реабілітаційних заходів, спрямованих на компенсацію (відновлення) порушених (втрачених) здібностей або функцій організму) складається з визначення потреб дитини-інваліда в складових допомоги; визначення реабілітаційного потенціалу; оцінки реабілітаційного прогнозу; формування клініко-реабілітаційних груп; визначення індивідуальних медичних, соціальних, технічних засобів і послуг для компенсації втрачених здібностей та можливостей.

При формуванні програми слід дотримуватись загальних принципів (індивідуальність, безперервність, послідовність, наступність, комплексність) та основних програм (медико-психологічна реабілітація, професійно-освітня реабілітація, соціальна реабілітація, юридична реабілітація).

Етап реалізації індивідуальної програми медико-соціальної реабілітації передбачає: організацію виконання індивідуальної програми медико-соціальної реабілітації, розробку технологічного реабілітаційного маршруту, вибір фахівців реабілітаційної бригади, корекцію індивідуальної програми медико-соціальної реабілітації в разі потреби і контроль за її виконанням. На даному етапі відбувається безпосередньо виконання усіх запланованих заходів програми за допомогою медичних, соціальних, освітніх груп механізмів. Окрім цього, обговорюється та затверджується необхідний перелік спеціалістів реабілітаційної бригади (працівники медико-соціальної експертної комісії, лікувально-профілактичних закладів, соціальної та освітньої сфер тощо), які будуть відповідати за виконання індивідуальної програми медико-соціальної реабілітації. На усьому протязі виконання програми як самими членами реабілітаційної бригади, так і фахівцями медико-соціальної експертної

комісії проводиться контроль виконання програми за допомогою лабораторно-діагностичних, клінічних, психологічних та ін. показників; ступеня соціалізації та життєздатності дитини-інваліда (на основі забезпеченості медико-соціальною допомогою та рівня якості життя) та в разі потреби її корекція.

Етап оцінки ефективності проведених заходів індивідуальної програми медико-соціальної реабілітації включає проведення експертної діагностики, вивчення ступеня виконання програми і складання висновку щодо цього. Оцінка ефективності проводиться на підставі аналізу медико-соціальних факторів (в першу чергу враховується рівень відновлення порушених або втрачених функцій, ступінь життєздатності та соціалізації дитини-інваліда та позитивна динаміка інвалідності). Висновок має розкривати повноту виконання програми, ступінь відповідності очікуваних і досягнутих результатів, стан реабілітаційного потенціалу та подальшого прогнозу. Для констатації досягнутих результатів слід порівнювати індивідуальні рівні фізичної та психологічної адаптації дитини-інваліда, рівень соціалізації, життєздатності та інтеграції у суспільстві, забезпеченості медико-соціальною допомогою і рівень якості життя дитини-інваліда до початку виконання програми та після.

Модель медико-соціальної реабілітації дітей-інвалідів, робить спроможним встановлення реального ступеня соціальної адаптації, відновлення порушених функцій та компенсації утрачених можливостей.

Запропонована нами система медико-соціальної допомоги дітям-інвалідам включає усі необхідні уніфіковані елементи для ефективного і самостійного її проведення та існування. Результативність системи може бути оцінена за наступними критеріями: забезпеченість медико-соціальною допомогою, рівень якості життя, дослідження психологічних особливостей здоров'я дітей-інвалідів.

Впровадження системи в практичну охорону здоров'я дозволить адекватно аналізувати діяльність лікувально-профілактичних закладів,

забезпечити формування банку даних на національному та регіональних рівнях, розробити дійові диференційовані програми щодо дитячої інвалідності та покращити загальний рівень забезпеченості кожної дитини необхідним обсягом допомоги.

Здано до складання 25.11.2015 р.
Підписано до друку 30.11.2015 р.
Формат 60x84/16. Папір офсетний.
Гарнітура Times New Roman. Друк різнографічний.
Умовн. друк. арк. 1,39
Наклад 200 прим.

Виготовлювач ФОП Рогальська І. О.
м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 145
тел.: (0432) 56-80-80, 50-29-02
e-mail: dilo_vd@mail.ru
Свідоцтво ВОЗ № 635744 від 01.03.2010 р.