Содержание

Введение

1. Инвалидность

1.1 Определение понятий "инвалидность", "инвалид", порядок организации и деятельность Федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы

1.2 Порядок и условия признания лица инвалидом

1.3 Индивидуальная программа реабилитации

2. Причины инвалидизации граждан пожилого возраста

3. Социальная работа с пожилыми инвалидами

Заключение

Библиографический список

# Введение

Инвалидность является биологической и медицинской, социальной и юридической проблемой. Присвоение статуса «инвалид» обладает юридическим и социальным смыслом, так как предполагает определенные особые взаимоотношения с обществом: наличие льгот, получение выплат, ограничения в дееспособности. Некоторые специалисты рассматривают инвалидность как одну из форм социального неравенства. Инвалид — человек, у которого возможности его жизнедеятельности в обществе ограничены из-за его физических, умственных, сенсорных или психических отклонений.

В течение последних десятилетий во всех странах мира отмечается увеличение абсолютного и относительного количества пожилых граждан. Состояние здоровья и качество жизни является одной из важнейших проблем пожилого контингента. Общее состояние здоровья и физическое благополучие старых людей меняются в зависимости от возраста. Параллельно с возрастом нарастает процент лиц с нарушенным здоровьем, а также лиц, прикованных к постели. Уровень заболеваемости у лиц старшей возрастной группы в среднем в 2 раза выше, а у лиц старческого возраста (75-90 лет) в 6 раз выше, чем у людей трудоспособного возраста. Заболеваемость пожилых имеет определенные особенности, к числу которых, в первую очередь относятся множественность и хронизация патологии. Причинами нарушения здоровья и последующей беспомощности в старости не всегда являются лишь типичные для старческого возраста болезни. Большую роль играют болезни, приобретенные в средние и даже молодые годы, недостаточно активно леченные, принявшие хронический характер. Обычно такие заболевания прогрессируют медленно и достаточно поздно становятся причиной тяжелого нарушения здоровья старого человека. Другие болезни могут начаться в пожилом и старческом возрасте и протекать тяжело, приводя человека к инвалидности.

Наиболее острой проблемой является ограничение жизнедеятельности пожилых людей - инвалидность. Под ограничением жизнедеятельности понимается полное или частичное отсутствие у человека способности или возможности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением. Инвалидность пожилых людей делает их более зависимыми от окружающих, часто беспомощными, добавляет психологической нагрузки, стрессов. Под призмой инвалидности в пожилом возрасте вопросы об образе жизни, уходе, одиночестве, адаптации, малообеспеченности, становятся перед пожилым инвалидом наиболее острыми. Даже если он не одинок и проживает в семье.

Анализ положения пожилых и старых людей свидетельствует о том, что они являются наиболее социально незащищенными категориями населения, нуждающимися в особом внимании и социальной защите со стороны государства.

Главная задача социальной работы состоит в том, чтобы связать индивида или семью с внешними и внутренними источниками тех ресурсов, которые необходимы для исправления, улучшения или сохранения определенной ситуации.

Социальная защита и социальное обслуживание пожилых инвалидов включает в себя ряд мер, программ, действий, выплат и инфраструктуру социальных учреждений, для оказания помощи и поддержанию нормальной жизнедеятельности пожилого инвалида.

Цель данной работы проанализировать явление инвалидность с юридической и медицинской точки зрения, а также рассмотреть социальную инфраструктуру и особенность социальной работы с пожилыми инвалидами.

В первой главе дано определения понятиям «инвалидность» и «инвалид», индивидуальная программа реабилитации, а также расписан порядок организации и деятельность Федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы.

Во второй главе рассмотрены причины инвалидизации пожилого населения, представлена классификация основных заболеваний ведущих к инвалидности пожилых людей. Подробно рассмотрены возрастные изменения, происходящие в пожилом, вследствие чего обостряются болезни системы кровообращения, костно-мышечных и соединительных тканей, а также нервных и психологических расстройств.

В третьей главе описана нормативно-правовая база по социальному обслуживанию инвалидов пожилого возраста, касающаяся способности инвалида к передвижению, самообслуживанию, дееспособности и адекватному восприятию окружающего; инфраструктура социальных учреждений и формы социального обслуживания пожилых инвалидов.

# 1. Инвалидность

# 1.1 Определение понятий «инвалидность», «инвалид», порядок организации и деятельность Федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы

С медицинской точки зрения, инвалидность (лат. invalidus — слабый, бессильный) понимают устойчивое длительное несоблюдение трудоспособности, либо ее существенное ограничение, вызванное хроническим заболеванием, травмой либо патологическим состоянием. Понятие «инвалидность» имеет медицинский, юридический и общественный аспекты.

С юридической точки зрения, согласно Конвенции ООН «О правах инвалидов» от 13 декабря 2006 года: «к инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими»[1].

В Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 года «инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты»[4].

Инвалидность пожилых – это стойкое нарушение функций организма у пожилого человека в результате заболевания, ведущее к ограничению или потере двигательной активности и способности к самообслуживанию.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 16.12.2004 № 805 утверждено Постановление о порядке организации и деятельности Федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы (МСЭ). К ним относятся Федеральное медико-биологическое агентство РФ, Федеральное бюро медико-социальной экспертизы и федеральное государственное учреждение государственное бюро медико-социальной экспертизы по субъекту РФ, имеющие филиалы – бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах [5]. К основным задачам этих учреждений относятся следующие:

* определение группы инвалидности, ее причин (обстоятельств и условий возникновения), сроков и времени наступления, потребности инвалида в различных видах социальной защиты;
* разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов, содействие в реализации мероприятий социальной защиты инвалидов, включая их реабилитацию, и оценка эффективности этих мероприятий;
* формирование данных государственной системы учета инвалидов, изучение состояния, динамики инвалидности и факторов, к ней приводящих;
* участие в разработке комплексных программ в области профилактики инвалидности, медико-социальной экспертизы, реабилитации и социальной защиты инвалидов.

Формирование сети бюро производится исходя из численности населения, проживающего на территории субъекта Российской Федерации, и числа освидетельствуемых в год граждан из расчета, как правило, одно учреждение на 70 - 90 тыс. человек при условии освидетельствования 1,8 - 2 тыс. человек в год. С учетом сложившихся социально-демографических, географических и других особенностей регионов бюро могут создаваться из расчета на иную численность населения и число освидетельствуемых в год граждан.

В зависимости от уровня, структуры заболеваемости и инвалидности образуются бюро общего профиля, специализированного профиля (психиатрического, онкологического, туберкулезного и пр.) и смешанного профиля.

В штатный норматив бюро МСЭвходят специалисты, принимающие экспертное решение (3 врача различных специальностей), специалист по реабилитации, специалист по социальной работе и психолог. Кроме того, штатным расписанием предусматриваются должности старшей медицинской сестры, медицинского регистратора и шофера.

При необходимости в штатный норматив бюро могут быть введены врачи-педиатры, специалисты по функциональной диагностике, профориентации, эргономике, физиологии труда, педагог, сурдопереводчик и другие специалисты.

Районное бюро медико-социальной экспертизы решает следующие задачи:

* определяет структуру и степень ограничения жизнедеятельности освидетельствуемых лиц и их реабилитационный потенциал;
* устанавливает факт наличия инвалидности, определяет группу, сроки и время наступления инвалидности;
* определяет степень утраты профессиональной трудоспособности работников, получивших увечье, профессиональное заболевание либо иное повреждение здоровья, связанное с исполнением ими трудовых обязанностей, и необходимость осуществления дополнительных мер социальной защиты;
* определяет причинную связь смерти пострадавшего лица с производственной травмой, профессиональным заболеванием, пребыванием на фронте и с другими обстоятельствами, при которых законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление льгот семье умершего;
* формирует и корректирует индивидуальные программы реабилитации инвалидов;
* формирует банк данных о гражданах, прошедших медико-социальную экспертизу.

В штатный норматив главного бюро МСЭ (городского, областного, краевого) входят несколько составов специалистов, принимающих экспертное решение, группы специалистов по функциональной диагностике, профориентации и организации труда инвалидов, их социально-средовой адаптации, а также специалисты служб юридического консультирования и информационно-статистического обеспечения.

В состав специалистов, принимающих экспертное решение, входят не менее 4 врачей различных специальностей, специалисты по реабилитации разного профиля (в зависимости от потребности в экспертно-реабилитационной диагностике), специалисты по социальной работе и психологи.

В случае необходимости при главном бюро может быть создано стационарное отделение.

Главное бюро медико-социальной экспертизы решает следующие задачи:

* проводит медико-социальную экспертизу лиц, обжаловавших решения районных бюро, и в случае необоснованности этих решений отменяет их;
* проводит медико-социальную экспертизу граждан по направлениям бюро в случаях, требующих применения социальных методов обследования;
* формирует и корректирует индивидуальные программы реабилитации инвалидов в случаях, требующих применения специальных методов обследования, а также контролирует их реализацию;
* формирует банк данных субъекта Российской Федерации о гражданах, прошедших медико-социальную экспертизу, осуществляет государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов, проживающих на территории субъекта Российской Федерации, и представляет соответствующие сведения в орган социальной защиты населения субъекта Российской Федерации;
* оказывает консультативную помощь врачам-экспертам и другим специалистам бюро.

Медико-социальная экспертиза проводится по письменному заявлению больного с приложением направления из учреждения здравоохранения или органа социальной защиты населения, подтверждающего нарушение его здоровья. Направление из учреждения здравоохранения должно быть составлено врачами врачебно-консультативной комиссии федерального или муниципального лечебно-профилактического учреждения (ВКК ЛПУ) по месту постоянного проживания пациента. При отказе гражданину в выдаче направления на медико-социальную экспертизу учреждением здравоохранения или социальной защиты населения он может самостоятельно обратиться в бюро МСЭ и получить направление на медицинское обследование, необходимое для прохождения экспертизы. Лицу, признанному инвалидом той или иной группы, оформляются соответствующие юридические документы - пенсионное удостоверение.

Медико-социальная экспертиза должна включать комплексное медицинское, психологическое, педагогическое и социальное обследование.

В заключении медико-социальной экспертизы на основе анализа клинико-функциональных, психологических, профессионально-трудовых и социально-бытовых данных каждого пациента должны быть отражены следующие сведения:

* категория и степень ограничения жизнедеятельности;
* данные о наличии группы и причины инвалидности;
* сроки переосвидетельствования;
* потребность в мерах социальной помощи и защиты;
* реабилитационный прогноз;
* рекомендации по медико-социальной реабилитации.

Медицинские критерии оценки состояния здоровья и функциональных нарушений основываются на четко разработанных схемах обследования пациентов: рентгенологических, лабораторных, эндоскопических, электрофизиологических и др. При каждом конкретном заболевании и освидетельствовании должны быть строго выполнены все необходимые обследования и правильно оформлены документы, т.е. медицинское заключение. В случаях, требующих применения сложных видов реабилитационно-экспертной диагностики, инвалид может быть направлен для разработки или коррекции ИПР в вышестоящее учреждение государственной службы МСЭ.

Для того чтобы составить полную картину о состоянии здоровья обследуемого, необходимо изучить не только медицинские показатели, но и особенности характера и поведения человека. Болезнь и инвалидность - это реальные трудности, под влиянием которых изменяется отношение к миру, к себе, окружающим людям.

Большое значение имеют личностные свойства, способность противостоять стрессам, адекватно реагировать на свою болезнь. Личностные деформации, психические расстройства (восприятия, внимания, памяти, эмоций, психомоторики) в зависимости от степени тяжести сами по себе могут вызывать нарушения жизнедеятельности.

При анализе социально-бытовых факторов оцениваются деятельность инвалида в социуме, роль как гражданина, семейное положение и выполнение семейных обязанностей, жилищно-бытовые условия, материальное положение, наличие условий для социально-средовой адаптации и осуществления реабилитационных мероприятий, способность выполнения бытовой деятельности и ее зависимость от технических и вспомогательных средств, других лиц, способность к независимому проживанию. Наличие в семье других хронических больных или престарелых, также нуждающихся в уходе, лиц, злоупотребляющих алкоголем, наркоманов, лиц с асоциальным поведением, особенно родителей, является свидетельством выраженной социальной недостаточности такой семьи.

Не менее важным является изучение психологического климата семьи инвалида, определение адекватности отношения к инвалиду со стороны близких людей, наличия возможностей обеспечения ухода.

Исходя из особенностей социальной недостаточности семьи человека с ограниченными возможностями, должны планироваться и осуществляться меры по социальной реабилитации, как самого инвалида, так и его семьи.

# 1.2 Порядок и условия признания лица инвалидом

Медико-социальная экспертиза осуществляется с использованием классификаций и критериев по признанию граждан инвалидами, разрабатываемых и утверждаемых в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации в Постановлении от 20 февраля 2006 г. №95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» и Приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 августа 2005 г. № 535 «Об утверждении классификации и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан Федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

Сам факт наличия какого-либо хронического заболевания, последствий травмы или физического дефекта еще не служит основанием для установления группы инвалидности. Она устанавливается лишь в тех случаях, когда последствия заболеваний или травм ведут к ограничению тех или иных сфер жизнедеятельности и обусловливают необходимость осуществления мер социальной защиты.

Основанием для установления группы инвалидности могут служить также следующие причины:

* частые и длительные больничные листы, т.е. необходимость длительного стационарного или амбулаторного лечения, обусловленного как остро возникшим, так и хронически текущим заболеванием;
* невозможность выполнять работу по своей профессии из-за нарастающих признаков хронически текущего заболевания;
* невозможность продолжать работу по своей специальности из-за острого эпизода болезни.

Таким образом, во всех случаях при решении вопроса об установлении группы инвалидности учитываются медицинские факторы (основное и сопутствующие заболевания, их характер и особенности), тип нарушения основных функций организма, профессия больного, его возраст, клинический и социальный прогноз, реальная возможность трудоустройства, а также целый ряд других факторов.

Согласно Классификации нарушений основных функций организма человека выделяют следующее:

* нарушение психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, речи, эмоций, воли);
* нарушение сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания);
* нарушение статодинамической функции;
* нарушение функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции.

Принадлежность к той или иной группе связана с характером льгот и привилегий.

На основе Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности была разработана классификация основных семи категорий жизнедеятельности.

1. Способность к самообслуживанию - способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, осуществлять повседневную бытовую деятельность, соблюдать личную гигиену.
2. Способность к самостоятельному передвижению - способность самостоятельно перемещаться в пространстве, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела в рамках выполняемой бытовой, общественной, профессиональной деятельности.
3. Способность к обучению - способность к восприятию и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (социальными, культурными и бытовыми).
4. Способность к трудовой деятельности - способность осуществлять деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему и условиям выполнения работы.
5. Способность к ориентации - способность определяться во времени и в пространстве.
6. Способность к общению - способность к установлению контактов с людьми путем восприятия, переработки и передачи информации.
7. Способность контролировать свое поведение - способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых норм.

При выявлении ограничений жизнедеятельности больных с любой патологией необходимо опираться главным образом на оценку выраженности функциональных нарушений, обусловленных дынными заболеваниями. При любых заболеваниях различают несколько степеней нарушения функций органов и систем. Шкала оценки степени ограничения жизнедеятельности, рекомендуемая Международной классификацией, предлагает выделение шести степеней тяжести ограничения жизнедеятельности по любому из параметров:

0 - нет ограничения жизнедеятельности;

1 - легкое ограничение жизнедеятельности, вызывающее ряд трудностей и не требующее использования вспомогательных средств;

2 - умеренное ограничение жизнедеятельности, требующее использования вспомогательных средств;

3 - умеренное ограничение жизнедеятельности, требующее содействия окружающих наряду с использованием вспомогательных средств;

4 - значительное нарушение жизнедеятельности, вызывающее полную зависимость от окружающих;

5 - выраженное ограничение жизнедеятельности, вызывающее полную зависимость от окружающих и требующее использования окружающими вспомогательных средств;

6 - полная неспособность действовать даже при содействии окружающих лиц и вспомогательных средств.

Специалисты бюро МСЭ используют 4-балльную шкалу ограничений жизнедеятельности по степени выраженности.

Следствием легких или умеренных ограничений жизнедеятельности может быть социальная недостаточность в виде периодической неспособности или сниженной способности заниматься обычной деятельностью, качественного ограничения работы, уменьшения экономического благополучия, сдержанного участия в жизни общества или ограниченного участия в некоторых формах жизни общества.

Социальная недостаточность у лиц с более выраженными расстройствами функций организма будет включать возможность лишь приспособленного занятия в обычной деятельности, работы лишь в специально созданных условиях, частичную экономическую зависимость, ограниченное участие в некоторых формах или во всех формах жизни общества, т.е. неполную интеграцию.

Тяжелые нарушения жизнедеятельности могут обусловить возможность лишь зависимой социально-бытовой деятельности вследствие ограничения способности адекватного поведения, общения или способности владеть телом и зависимость от других лиц при уходе за собой.

В зависимости от степени выраженности ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности определяется I, II или III группа инвалидности.

Критерием для определения I группы инвалидности (самой тяжелой) служит социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к резко выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетания.

Критерии установления I группы инвалидности:

* неспособность к самообслуживанию или полная зависимость от других лиц;
* неспособность к самостоятельному передвижению и полная зависимость от других лиц;
* неспособность к ориентации (дезориентация);
* неспособность к общению;
* неспособность контролировать свое поведение.

При этом такие категории жизнедеятельности, как способность к обучению и трудовой деятельности, могут быть нарушены в меньшей степени. Например, слепые или люди с непротезируемыми культями конечностей, несмотря на стойкие нарушения соответствующих функций и невозможность самообслуживания, при создании определенных условий могут выполнять те или иные виды трудовой деятельности, в то время как больные с тяжелыми соматическими заболеваниями (тяжелая степень сердечно-легочной, печеночной или почечной недостаточности, конечные стадии туберкулеза, злокачественных новообразований) оказываются неспособными к самообслуживанию и к какой бы то ни было трудовой деятельности.

Критерием для установления II группы инвалидности служит социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетания.

Нарушения жизнедеятельности не вызывают необходимости в постоянном уходе, но требуют использования вспомогательных средств и создания специальных условий для компенсации нарушенных функций. Что касается трудовой деятельности, то эти больные либо полностью нетрудоспособны, либо могут выполнять труд лишь в специальных особо созданных условиях. По способности к выполнению трудовой деятельности инвалиды II группы дифференцируются следующим образом:

* лица, у которых наступила полная потеря трудоспособности вследствие нарушенных функций организма;
* лица, которым все виды трудовой деятельности на длительный период времени противопоказаны вследствие возможности ухудшения течения заболевания под влиянием трудовой деятельности;
* лица с тяжелыми хроническими заболеваниями, комбинированными дефектами опорно-двигательного аппарата и значительной потерей зрения, которым труд не противопоказан, но доступен лишь в специально созданных для них условиях.

II группа инвалидности устанавливается при стойких выраженных расстройствах высших психических функций, нарушении динамики психической деятельности, выраженных эмоционально-волевых нарушениях и личностных изменениях. Такие нарушения вызывают социальную дезадаптацию.

Критерием для определения III группы инвалидности служит социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойкими незначительно или умеренно выраженными расстройствами функций организма, обусловленными заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к не резко или умеренно выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности или их сочетания.

III группа инвалидности устанавливается также при следующих условиях:

* необходимости перевода по состоянию здоровья на работу по другой профессии более низкой квалификации вследствие невозможности продолжать работу в своей профессии.
* необходимости по состоянию здоровья значительно изменить условия работы в своей профессии, которые приводят к значительному сокращению объема производственной деятельности и тем самым к снижению квалификации.
* значительном ограничении возможностей трудоустройства вследствие выраженных функциональных нарушений у лиц невысокой квалификации или ранее неработающих (узкий круг доступных профессий). Например, умственно отсталый подросток, вдовы, ранее не работавшие, и др.

Инвалидность I группы устанавливается на 2 года, II и III групп - на 1 год. Мужчинам старше 60 лет и женщинам старше 55 лет, а также инвалидам с необратимым анатомическим дефектом без указания срока переосвидетельствования инвалидность устанавливается.

Причинами инвалидности могут быть общее заболевание, трудовое увечье, профессиональное заболевание, инвалидность с детства, инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья**),** связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны, военная травма или заболевание, полученные в период военной службы, инвалидность, связанная с аварией на Чернобыльской АЭС, последствиями радиационных воздействий и непосредственным участием в деятельности подразделения особого риска и др.

# 1.3 Индивидуальная программа реабилитации

Индивидуальная программа реабилитации - это комплекс оптимальных для каждого конкретного инвалида реабилитационных мероприятий. Программа включает разнообразные виды медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

В течение месяца разрабатываться индивидуальная программа реабилитации (ИПР). В разработке плана реабилитационных мероприятий в случае необходимости участвуют специалисты учреждений здравоохранения, образования, профессионального обучения и других органов и учреждений, осуществляющих деятельность в сфере реабилитации инвалидов. В обсуждении ИПР участвует сам инвалид, а если речь идет о ребенке, то родители или уполномоченные лица, их заменяющие. В случаях, требующих применения для разработки программы сложных видов реабилитационно-экспертной диагностики, инвалид может быть направлен в вышестоящее учреждение государственной службы медико-социальной экспертизы.

На этапе первичной комплексной медико-социальной экспертизы и разработки ИПР инвалида решаются следующие задачи:

* устанавливается наличие нарушений функций, дается оценка их выраженности, а также оценка тяжести связанных с выявленными нарушениями ограничений жизнедеятельности с указанием ведущего ограничения;
* определяются возможности терапевтической коррекции выявленных нарушений функций;
* изучаются психологический статус личности, его интересы, образовательный или профессиональный потенциал;
* определяются потребности инвалида в мероприятиях социальной реабилитации, в том числе во вспомогательных технических средствах и приспособлениях;
* намечается план комплексной реабилитации.

В ИПР, разработанной специалистами бюро МСЭ, обязательно отражаются следующие сведения:

* исполнитель (наименование учреждения);
* форма реабилитации (амбулаторная, стационарная, отделение дневного пребывания, клубная, пансионат);
* сроки выполнения каждого этапа реабилитации (дата начала и окончания);
* объем, содержание и количество реабилитационных мероприятий;
* прогнозируемый результат.

Комиссия МСЭ также назначает и утверждает куратора (социального работника) ИПР каждого инвалида, которому поручается организация всех видов патронажа (медико-социального, психолого-социального, культурно-досугового, социально-бытового). В каждом случае учреждение для проведения тех или иных реабилитационных мероприятий подбирается индивидуально, с гарантией высокого качества реабилитационных услуг. При отсутствии необходимых форм помощи по месту жительства инвалида необходимо направить его в соответствующее учреждение ближайших регионов.

На основании полученных медико-психологических характеристик и данных о социальных составляющих портрета инвалида разрабатывается перечень необходимых мер по реабилитации, а также социальной помощи и льгот, гарантированных законом Российской Федерации. Разработанный план мероприятий с указанием их объемов, сроков проведения и исполнителей заносится в Реабилитационный дневник инвалида, заверяемый подписью руководителя и печатью учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы и подписью инвалида, его опекуна или родителей ребенка-инвалида. Утвержденная ИПР выдается на руки инвалиду, а копия направляется в муниципальное управление социальной защиты населения по месту проживания инвалида или получения им пенсии.

ИПР носит рекомендательный характер, инвалид вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом. Он вправе самостоятельно решить вопрос своего обеспечения конкретным техническим средством или видом реабилитации, включая автомобили, печатные издания по брайлевскому шрифту и пр. Отказ от ИПР в целом или от реализации отдельных ее частей освобождает бюро МСЭ от ответственности за ее исполнение и не дает инвалиду права на получение компенсации в размере стоимости реабилитационных мероприятий, предоставляемых бесплатно.

Если инвалид нуждается в обеспечении транспортными средствами или санаторно-курортном лечении, то выписка из ИПР с данными указаниями направляется в соответствующий орган, осуществляющий пенсионирование инвалида.

В ИПР включаются как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду бесплатно (в соответствии с базовыми программами), так и реабилитационные мероприятия, в оплате которых принимает участие сам инвалид или другие лица и организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности. Поэтому в случае согласия инвалида на платную услугу, не предусмотренную базовыми программами, об этом в ИПР делается соответствующая отметка.

ИПР является обязательной для органов государственной власти, органов самоуправления, а также для организаций, предприятий и учреждений, которые выступают непосредственными исполнителями реабилитационных мероприятий.

Координировать процесс реализации программы реабилитации, в которой принимают участие различные учреждения, в том числе разной ведомственной принадлежности, осуществлять контроль и давать оценку полученным результатам должны органы труда и социального развития - Бюро МСЭ, утвердившие ИПР, и районные (городские) органы социальной защиты населения по месту постоянного (фактического) жительства инвалида. В органе социальной защиты населения выделяется структурное подразделение (специалист) по проблемам реабилитации инвалидов.

При повторной и последующих экспертизах, которые проводятся по окончании намеченного этапа реабилитации, оценивается полученный эффект. Комиссия МСЭ заслушивает отчет куратора программы реабилитации, проводит обследование инвалида, изучает отчеты реабилитационных учреждений. В случае низкой эффективности реабилитации или невыполнения намеченных мероприятий анализируются причины, по которым это произошло, устанавливаются негативные моменты в деятельности реабилитационных учреждений и самой программе реабилитации, намечаются меры по их устранению.

# 2. Причины инвалидизации граждан пожилого возраста

Для старческого возраста очень важным является определение функциональной способности конкретных систем и органов по ряду причин. Из них в первую очередь нужно отметить тот факт, что в течение нашего столетия очень заметно изменился характер болезней. В настоящее время доминирующую роль играют хронические заболевания, причем во многих случаях они являются неизлечимыми. Это особенно важно для старых людей, у которых зачастую обнаруживается целый “букет” таких хронических болезней. В старости особенно важным и значимым является даже не само по себе наличие той или иной болезни, сколько то, в какой степени оно ограничивает повседневную деятельность личности.

Общеизвестно, что нормально жить - это уметь удовлетворять насущные, умственные и социальные потребности, быть независимым в их исполнении. Но как ни прискорбно, следует также признать, что в конце концов наступает период, когда старый человек не может удовлетворить свои потребности, физическое и психическое одряхление ставит его в полную зависимость от окружающих. Исследования показывают, что 80% лиц в возрасте 75 лет и старше не в состоянии обходиться без посторонней помощи[11; c.175].

Существуют ведущие причины инвалидности:

1. болезни системы кровообращения;
2. злокачественные новообразования;
3. болезни нервной системы, психические расстройства;
4. болезни костно-мышечной системы;
5. болезни органов дыхания.

Эти пять классов болезней являются причинами более 75% случаев инвалидности.

Ведущие причины инвалидности в значительной мере определяются возрастным составом инвалидов. Так, около 60% лиц, впервые признанных инвалидами, имели пенсионный и пожилой возраст (мужчины - старше 60 лет, женщины - старше 55 лет). В свою очередь, нозологический и возрастной состав инвалидов, определяют структуру инвалидности по тяжести. Подавляющее большинство инвалидов (около 70%) имеют вторую группу, доли инвалидов первой и третьей группы также примерно одинаковы[22; c.143].

Наиболее массовыми причинами инвалидности граждан пожилого возраста в РФ являются инвалиды вследствие общего заболевания (95.4 %), затем следуют инвалиды вследствие трудового увечья или профессионального заболевания (4.3%) и инвалиды вследствие радиационных аварий и катастроф (0.3%)[15].

В половозрастной структуре инвалидности в пожилом возрасте, преобладающее число женщин. Это объясняется низкой продолжительностью жизни у мужчин в России, то есть до пожилого возраста многие представители мужского пола просто не доживают.

На первом месте по причинам инвалидности граждан пожилого возраста находится болезни системы кровообращения. Это не случайно, так как с возрастом происходят изменения в сосудах. Структура сосудистой стенки меняется с возрастом у каждого человека. Постепенно атрофируется и уменьшается мышечный слой каждого сосуда, теряется его эластичность, появляются склеротические уплотнения внутренней стенки. Это сильно ограничивает способности сосудов к расширению и сужению, что уже является патологией.

В первую очередь страдают крупные артериальные стволы, особенно аорта. У пожилых и старых людей значительно уменьшается количество действующих капилляров на единицу площади. Ткани и органы перестают получать необходимое им количество питательных веществ и кислорода, а это ведет к их голоданию и развитию различных заболеваний.

С возрастом, при утрате крупными сосудами эластичности и увеличении периферического сопротивления мелких сосудов, повышается артериальное давление (особенно систолическое). Венозное же давление снижается. Это связано с ослаблением тонуса, снижением эластичности венозных стенок, что ведет к расширению суммарного просвета венозного русла.

В пожилом и старческом возрасте уменьшается величина минутного объема сердца (минутный объем — количество крови, выбрасываемое сердцем за одну минуту). Это снижение в основном связано с урежением ритма сердечных сокращений и снижением ударного объема сердца. Так как с возрастом падает основной обмен, то уменьшение минутного объема сердца можно рассматривать как закономерную реакцию организма на уменьшение потребности тканей в кислороде.

У пожилых и старых людей на фоне сниженного сердечного выброса наблюдается активное перераспределение регионарного кровообращения. При этом мозговое и коронарное кровообращение почти не меняется, а почечное и печеночное значительно снижаются.

Такая перестройка системы гемодинамики частично компенсирует увеличение энергозатрат при работе сердца в условиях увеличения сопротивления сердечному выбросу, связанного с повышением периферического сосудистого сопротивления.

Чем старше становится человек, тем большее количество мышечных волокон сердечной мышцы атрофируется. Развивается так называемое «старческое сердце». Идет прогрессирующий склероз миокарда, и на месте атрофированных мышечных волокон сердечной ткани развиваются волокна нерабочей соединительной ткани. Сила сердечных сокращений постепенно снижается, происходит все более усиливающееся нарушение обменных процессов, что создает условия для энергетически-динамической недостаточности сердца в условиях напряженной деятельности,

В результате всех вышеперечисленных процессов с возрастом физическая работоспособность сердца падает. Это ведет к ограничению диапазона резервных возможностей организма и к снижению эффективности его работы.

Среди злокачественных новообразований у мужчин пожилого возраста распространено: опухоль предстательной железы (33%), злокачественное образование на легких (13%), новообразования примой кишки (10%), меланома (5%). У женщин наиболее распространенными злокачественными новообразованиями являются: молочная железа (32%), легкие (12%), прямая кишка (11%), эндометрия - матка (6%). Но самые тяжелые последствия приводящие чаще всего к инвалидности, или смертельному исходу обусловленными злокачественными новообразованиями на легких[24].

Общеизвестно, что с увеличением возраста нарастает частота психических заболеваний.

ВОЗ использует следующее определение деменции: “приобретенное глобарное нарушение высших кортикальных мозговых функций, включающих память, способность к решению задач, осуществление заученных перцептуально-моторных навыков, правильное использование социальных навыков, всех аспектов речи, коммуникаций и контроль над эмоциональными реакциями при отсутствии грубого нарушения сознания”.

Международная классификация болезней - 9 определяет деменцию как “синдромы с нарушением ориентировки, памяти, способности понимания, сообразительности и суждения. К этим основным признакам можно добавить: поверхностность и несдержанность аффектов или более длительные нарушения настроения, снижение этических требований, обострение личностных особенностей, уменьшение способности к самостоятельным решениям”.

Общим для всех видов атрофически-дегенеративных деменций старческого возраста является характерное постепенное и незаметное начало, хронически-прогредиентное течение, необратимость атрофического процесса, проявляющаяся в терминальной стадии болезни в виде тотальной или глобальной деменции.

В последние годы все больше исследователей не проводят различия между сенильной деменцией и деменцией (болезнью) Альцгеймера. Эти психиатры выделяют сенильную деменцию типа Альцгеймера с началом в 50-65 лет (раннее начало) и сенильную деменцию типа Альцгеймера с началом после 70 лет (позднее начало) и кратко обозначают СДТА. В пользу этой точки зрения свидетельствуют в основном патолого-анатомические изменения в головном мозге, которые одинаковы для двух видов деменции - сенильные бляшки, нейрофибриллярные узлы, амилоидоз, глиоз, сенильная гидроцефалия.

В геронтопсихологической литературе все чаще появляются сообщения, что распространение СДТА приобретает характер эпидемии. Обыкновенно начало заболевания приходится на 45-60 лет, а 1/4 всех случаев - старше 65 лет. Женщины болеют в 3-5 раз чаще мужчин [13; c.168].

СДТА имеет стереотип развития прогрессирующей деменции параллельно с развитием мозговой очаговой симптоматики. Нарушения памяти занимают центральное место в процессе распада психической деятельности: постепенно развивается полная амнестическая дезориентировка, аутопсихическая дезориентировка, достигающая степени неузнавания собственного изображения в зеркале (симптом зеркала). Обязательна потеря автоматизированных привычек: больные забывают самые привычные действия, как одеться, раздеться, приготовить пищу, стирать и т.д. Эти расстройства праксиса (движения) достигают полной апраксии, всякое направленное действие становится невозможным, нарушается столь автоматизированное действие, как походка.

Расстройства речи проявляются в амнестической и сенсорной афазии, в конце концов речь состоит из отдельных логоклоний, эхололий, итераций. Глубоко нарушается чтение (алексия), письмо (агрофия), счет (акалькулия), пространственное познание (агнозия), налицо “афато-апрактоагностический” тип деменции. В терминальной стадии наступает психический и физический маразм: появляются хватательные и сосательные автоматизмы, насильственный плач и смех, эпилептиформные припадки, различные неврологические синдромы.

Нужно отметить, что чувство болезни, осознание собственной психической несостоятельности сохраняются в течение очень долгого периода болезни. Трудности диагноза обычно встречаются только на ранних этапах заболевания, когда на первый план выступают депрессивные нарушения.

Несмотря на установки современных психиатров смешивать сенильную деменцию (простую форму) и болезнь Альцгеймера, стереотип истинной сенильной деменции очень разнится от последней. Обычно начало заболевания приходится на 65-70 лет. Женщины болеют чаще мужчин в два раза.

Обыкновенно болезнь начинается с нивелирования индивидуальных личностных черт и с развитием так называемой “сенильной психопатизации личности”, проявляющейся в огрубении, побледнении характерологических особенностей, развитии эгоцентризма, алчности, скопидомства, морально-этической распущенности, бродяжничества. Особенностью этого психопатоподобного дебюта является то, что больные становятся невыносимыми в семействе, появляется жестокость к близким родственникам, в то же время они становятся легковерными и легко попадают под влияние разного рода авантюристов, которые зачастую доводят их до различного рода судебных правонарушений. Расстройства памяти развиваются по закону, установленному французским психологом Рибо, забываются недавно приобретенные знания, которые в конце концов достигают полной амнестической дезориентировки.

В дальнейшем больные забывают все приобретенные знания, в том числе и приобретенные в далеком прошлом. Самый характерный признак сенильной деменции - жизнь в прошлом, т.е. поведение больных полностью отвечает представлениям больных о собственной личности: они маленькие дети, сюсюкают, играют, либо считают, что выходят замуж, собираются на бал и т.п. Другим характерным признаком является конфабуляции, т.е. замещение провалов памяти воспоминаниями из жизни в прошлом. На этом этапе болезни угрюмо-мрачный аффект сменяется на благодушно-эйфорический. У больных сенильной деменцией очень долго сохраняется речевая выразительность, но грамматическая структура речи постепенно распадается, разрушается связь между мышлением и речью, наблюдается бессодержательная и бескоммуникативная болтливость сенильно больных.

Неврологическая симптоматика относительно бедна и появляется на самых поздних этапах заболевания: амнестическая афазия, легкие нарушения праксиса, эпилептиформные припадки, сенильный тремор.

Деменция, обусловленная болезнью Пика - это самая редкая форма атрофически-дегенеративных деменций. Женщины болеют чаще мужчин.

Своеобразие пиковской деменции состоит в том, что в отличие от других дегенеративных деменций в старческом возрасте, на передний план в клинической картине выступают глубокие изменения личности и ослабление самых сложных видов интеллектуальной деятельности. В то же время сам по себе мнестический аппарат (внимание, память, чувственное познание) остается затронут мало. Есть два варианта изменения личности:

1. 1-й вариант характеризуется расстройством влечений, склонностью к сексуальной гиперактивности, которая нередко доводит до правонарушений, постепенным исчезновением нравственно-этических установок, сопровождающимся эйфорично-экспансивным аффектом при полном отстутствии самокритики;
2. 2-й вариант характеризуется апатией, аспонтанностью, слабостью, нарастающей безучастностью, бездействием и аффективной тупостью; при этом очень быстро прогрессируют обеднение речи, мышления, моторики.

Эти два варианта зависят от локализации атрофического процесса: височные или лобные части мозга.

Центральное место в клинической картине занимают часто повторяющиеся однообразные и монотонные стереотипы поведения, жестов, мимики, речи - симптом граммофонной пластинки. Расстройства памяти появляются достаточно поздно, а элементарная ориентировка сохраняется даже у глубоко дементных больных. Хотя болезнь Пика подробно описана в психиатрической литературе, ее очень трудно диагностируют в больницах, особенно трудно ее отграничить на ранних этапах от шизофрении, опухолей мозга и прогрессивного паралича. Некоторые авторы вообще считают, что диагноз может быть подтвержден или установлен лишь после смерти больного. Нужно сказать, что в целом болезнь Пика остается загадкой, которая ждет своего разрешения.

Деменция, обусловленная болезнью Паркинсона. Заболевание относится к развивающимся в пожилом и старческом возрасте дегенеративно-атрофическим расстройствам экстрапирамидной системы. Болезнь начинается в 50-60 лет медленно и незаметно, течение ее хроническое и проявляется неврологическими синдромами. На ранних этапах заболевания отмечается раздражительность, аффективная лабильность и назойливость, расстройства в запоминании, репродукции, бескритичность на фоне благодушно-эйфорического настроения. В зависимости от степени брадифрении (уменьшение речевой активности, медлительность, затруднение всех психических процессов, аспонтанность, апатия) отмечается относительная сохранность мнестических функций и ориентировки. Депрессивные и депрессивно-ипохондрические расстройства наблюдаются очень часто, бывают и тяжелые депрессивные состояния с суицидальными опытами и суицидами. Сравнительно долго сохраняется осознание собственной неполноценности.

Большинство исследователей склоняются к наследственному характеру заболевания. В последние годы большое внимание уделяется изучению нейротрансмиттерных систем. Обнаружена сниженная активность гормонов холинацетилтрансферазы и ацетилхолинэстеразы. Между степенью их снижения и степенью интеллектуального снижения существуют прямые зависимости. Лечение экстрапирамидной симптоматики антихолинэргическими средствами может углубить когнитивные (познавательные) нарушения, поэтому лечение болезни Паркинсона требует большого внимания.

В самом названии этих деменций содержится ответ на вопрос об их этиологии (происхождении). Практически все соматические заболевания, особенно продолжительные и хронические, вызывают уменьшение психической активности, ухудшение мыслительной деятельности и прежде всего воздействуют отрицательно на когнитивные способности старого человека. Причины для развития вторичных деменций самые многочисленные и разнообразные. Здесь можно говорить о деменции, обусловленной заболеваниями дыхательной системы, сердечно-сосудистыми заболеваниями как результат аноксии мозга (недостаток кислорода); деменции, обусловленной метаболитными нарушениями (диабетная, почечная, печеночная энцефалопатия); деменции, обусловленные гиперлипидемией, электролитными нарушениями, недостатком витаминов группы В и т.п. Большинство вторичных деменций при диагностике основной причины дементного синдрома оказываются обратимыми после правильной терапии. Понятно, само сабой, что здесь речь идет не об истинной деменции, а о псевдодеменции. Именно такие психотические состояния при правильном лечении соматического заболевания или хотя бы при улучшении соматического здоровья старого человека могут полностью исчезнуть и когнитивные способности заметно улучшаются.

Наиболее ярким выражением вторичных деменций является мультинфарктная деменция. В прошлом любая деменция, развивающаяся в пожилом и старческом возрасте, связывалась с возрастными сосудистыми изменениями и диагностировалась как “атеросклеротическая деменция”, “сосудистая деменция”, “артериопатичная деменция”. Однако, как показали исследования, прогрессивное поражение церебральных артерий склерозом не ведет к их стенозу и не вызывает психических нарушений, поэтому название “церебральный артериосклероз” неправильное и неточное. В тех случаях, когда деменция обусловлена сосудистым заболеванием, речь идет о возникновении многочисленных маленьких и больших церебральных инфарктов в мозге.

Статистические данные о распространении мультинфарктной деменции очень противоречивы и варьируют от 8 до 29% всех деменций. Мужчины страдают чаще, чем женщины. Некоторые авторы считают, что у мужчин есть генетическая предрасположенность к мультинфарктной деменции.

Этот вид деменции характеризует аффективная лабильность, психическая астения (слабость), очаговая неврологическая симптоматика, тесная связь с гипертонией, постепенный, как бы ступенчатообразный упадок интеллектуальных функций.

Деменция, обусловленная депрессией. Общие черты, которые характеризуют деменцию и депрессию, часто ведут к диагностическим затруднениям. Достаточно часто депрессивное расстройство - часть от органической деменции. Когнитивные нарушения в свою очередь могут быть частью депрессии функционального характера. Этот синдром, известный как депрессивная псевдодеменция, очень опасен не только из-за трудности в диагностике, но прежде всего потому, что отклоняет внимание от реального, хотя и временного ухудшения когнитивных способностей. Опыт показывает, что депрессивная псевдодеменция так же истинна, как все вторичные деменции. Частота, с которой появляется депрессивная псевдодеменция, варьирует от 1 до 20%.

При правильной оценке заболевания и ответственном клиническом исследовании депрессию всегда можно отличить от деменции. Но даже “идеальные депрессивные больные” показывают тенденцию к когнитивным дисфункциям. При исследовании их интеллектуального коэффициента (IQ) у них обнаруживается вербальный дефицит, в то время как результаты кратковременной памяти доказывают, что больные запоминают заданный материал сравнительно легко, но воспроизводят его ошибочно. Такие больные старики обыкновенно склонны говорить “не знаю” и выглядят во время исследования подавленными, хотя общее нарушение памяти у них незначительное. И наоборот, больные старые люди с органической деменцией не осознают своей интеллектуальной неполноценности. Они всячески стараются ее отречь и скрыть, в прошлом у них не обнаруживаются депрессивные эпизоды. При тестах для определения IQ практические результаты хуже вербальных, заучивание нового материала затруднено, а часто вообще невозможно. Эти больные предпочитают ответить неправильно на вопрос, чем сказать “не знаю”. Во время исследования они не бывают подавленными.

Существуют также деменция обусловленная лекарственной интоксикацией. Точная частота этого рода деменций у старых людей, все еще не установлена, но она так часто обнаруживается при неправильно назначенных или передозированных лекарствах, что последние по праву считаются одной из основных причин вторичных деменций пожилого и старческого возраста. Это в большей степени обуславливается уменьшенной фармакинетикой (выведением лекарств из организма) и увеличением потребления лекарств в старческом возрасте. Все лекарства могут вызвать интоксикации. Граница между терапевтической и токсической дозой у большинства лекарств очень минимальна. И хотя всякое лекарство может потенциально вызвать когнитивные нарушения, все же существует несколько групп, которые особенно опасны в этом отношении.

Сегодня почти все врачи широко назначают транквилизаторы, не зная их действия на организм. Нередко пожилые и старые люди принимают эти лекарства в течении многих лет, становятся зависимыми от них, по существу, у них развивается наркотическая зависимость. Между тем эффективное использование этих психотропных средств требует хорошего знания их полупериода распада в человеческом организме, чтобы избежать аккумулирующего (накопительного) эффекта.

При продолжительном лечении препаратами дигиталиса, антигипертензивными и антиаритмичными средствами отмечаются частые изменения в интеллектуальной деятельности людей.

В случаях когда необходимо определить роль передозированного лекарства в развитии дементных проявлений у гериатричных больных, наиболее целесообразно это лекарство отменить, чтобы проследить за состоянием больного в течение нескольких недель.

Большую роль играют болезни костно-мышечной системы и соединительных тканей, так как именно болезни этой группы ограничивают пожилых людей в движении, часто приковывают к постели и забирают способность к самообслуживанию.

Тяжелые дегенеративные процессы в суставах -артрозы делают невозможным передвижение, в основном, если процесс идет в бедренных и коленных суставах и позвоночнике. Происходит деформация и обездвиженность суставов и человек не может двигаться.

Коксоартроз - артроз тазобедренного сустава - наиболее тяжелый вид артроза, протекающий с болями при опоре на ногу, хромотой, а в дальнейшем и значительным ограничением всех движений в суставе, укорочение конечности вследствие подвывиха головки бедра вплоть до полной обездвиженности в суставе и невозможности движения. Наиболее плохой прогноз при коксоартрозе - неподвижность тазобедренного сустава.

Гонартроз - поражение коленного сустава. При его поражении появляются тупые боли, особенно при спуске с лестницы. Артроз коленных суставов наступает нередко в результате их постоянных перегрузок. Болезнь чаще развивается у женщин, страдающих ожирением, обычно в сочетании с деформациями стоп.

Деформирующий полиартрит, в основе которого лежит воспалительный процесс, чаще всего поражает мелкие суставы, приносящие много неудобств в быту, трудности при умывании, приготовлении пищи, написании письма и т.д. Такие старые люди становятся совершенно беспомощными в любой мелочи, требуют за собой ухода.

Остеохондроз - дистрофические изменения позвоночника - одна из самых распространенных патологий в возрасте после 50 лет.

Заболевания органов движения и опоры являются главной причиной старческой дряхлости и немощи. На органах движения можно более отчетливо, чем на любых других органах, проследить, как происходит наслоение процессов старения на хронические заболевания суставов, костей, мышц и связочного аппарата. Поскольку эти процессы протекают медленно, но неуклонно, с годами функциональные возможности органов движения снижаются, появляются различные недомогания. Наконец, нарушение подвижности суставов заходит так далеко, что старый человек не только получает инвалидность, но и оказывается прикованным к постели.

# 3. Социальная работа с пожилыми инвалидами

Граждане пожилого возраста и инвалиды, в том числе инвалиды пожилого возраста, нуждающиеся в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности вследствие ограничения способности к самообслуживанию и (или) передвижению, имеют право на социальное обслуживание, осуществляемое в государственном и негосударственном секторах системы социального обслуживания.

Для оказания медико-социальной помощи пожилым гражданам существуют следующие специализированные учреждения:

* геронтологические центры (организация профилактического направления);
* гериатрические центры (организация лечебного профиля);
* центры социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов (организация медико-социального обслуживания).

Но специфика инвалидов пожилого возраста заключается не только в необходимости наличия леченого профиля при их социальном обслуживании, но и помощи в полном удовлетворении своих жизненных, возможно элементарных потребностей. Осуществляя работу с этой категорией граждан, следует учитывать психологического состояния и возрастные особенности клиентов данной категории.

Федеральный закон «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 2 августа 1995 г. № 122-ФЗ предусматривает 5 форм социального обслуживания:

1) социальное обслуживание на дому (включая социально-медицинское обслуживание);

2) полустационарное социальное обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания учреждений социального обслуживания;

3) стационарное социальное обслуживание в домах-интернатах для престарелых и инвалидов, психоневрологических интернатах, детских домах-интернатах для умственно отсталых детей, пансионатах и других учреждениях социального обслуживания независимо от их наименования;

4) срочное социальное обслуживание;

5) социально-консультативная помощь.

Социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов осуществляется по решению органов социальной защиты населения в подведомственных им учреждениях, либо по договорам, заключаемым органами социальной защиты с учреждениями социального обслуживания иных форм собственности.

Бесплатное социальное обслуживание в государственной системе социальных служб в объемах, определенных государственными стандартами социального обслуживания, предоставляется, в частности, гражданам, не способным к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, инвалидностью, не имеющим родственников, которые могут обеспечить им помощь и уход, - если среднедушевой доход этих граждан ниже прожиточного минимума, установленного для субъекта РФ, в котором они проживают.

Порядок и условия предоставления бесплатного надомного, полустационарного и стационарного социального обслуживания, а также на условиях полной или частичной оплаты устанавливаются органами исполнительной власти субъектов РФ.

Социальная помощь на дому является важнейшей формой помощи пожилым, так как обеспечивает им привычную личную жизнь и сохраняет участие в привычном социальном и общественном, а часто и трудовом, окружении и осуществляется бесплатно для пожилых отделениями муниципальных центров социального обслуживания. Гарантированные социальные услуги на дому включают: доставку продуктов на дом; помощь в приобретении медикаментов, продовольственных и промышленных товаров первой необходимости; содействие в получении медицинской и юридической помощи; помощь в соблюдении социально-гигиенических требований в отношении жилища; сопровождение при обращении за медицинскими и иными услугами и др. Для имеющих родственников такая помощь может быть платной.

К числу надомных социальных услуг, предусматриваемых перечнем гарантированных государством социальных услуг, относятся:

1) организация питания, включая доставку продуктов на дом;

2) помощь в приобретении медикаментов, продовольственных и промышленных товаров первой необходимости;

3) содействие в получении медицинской помощи, в т.ч. сопровождение в медицинское учреждение;

4) поддержание условий проживания в соответствии с гигиеническими требованиями;

5) содействие в организации юридической помощи и иных правовых услуг;

6) содействие в обеспечении топливом и (или) водой (в отношении граждан, проживающих в жилых помещениях без центрального отопления и (или) водоснабжения);

7) содействие в организации ритуальных услуг;

8) другие надомные социальные услуги.

Кроме надомных социальных услуг, предусмотренных перечнями гарантированных государством социальных услуг, гражданам пожилого возраста и инвалидам могут быть предоставлены дополнительные услуги на условиях полной или частичной оплаты.

Порядок социального обслуживания на дому определяется законодательством субъектов РФ.

Социально-медицинское обслуживание на дому осуществляется в отношении нуждающихся в надомных социальных услугах граждан пожилого возраста и инвалидов, страдающих, в частности, психическими расстройствами (в стадии ремиссии). Гражданам может быть отказано в предоставлении социальных услуг на дому при наличии у них тяжелых психических расстройств, требующих лечения в специализированных учреждениях здравоохранения. Такой отказ подтверждается совместным заключением органа социальной защиты населения и врачебно-консультативной комиссии учреждения здравоохранения.

Полустационарная социальная помощь включает отделения дневного или ночного пребывания, создаваемые при муниципальных центрах социального обслуживания или при иных органах социальной защиты. Эта форма услуг предоставляется пожилым, сохранившим способность к самообслуживанию и активному передвижению. В этих отделениях может быть оказана самая различная по форме помощь. Здесь организуется горячее питание и проводятся медицинские манипуляции, требующие, прежде всего сестринской помощи; осуществляются различные формы медицинского обслуживания; важное значение имеет организация отдыха и культурного времяпрепровождения, культурно-массовых и образовательных мероприятий.

Полустационарное социальное обслуживание включает социально-бытовое, медицинское и культурное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов, организацию их питания, отдыха, обеспечение их участия в посильной трудовой деятельности и поддержание активного образа жизни.

На полустационарное социальное обслуживание принимаются нуждающиеся в нем граждане, сохранившие способность к самообслуживанию и активному передвижению, не имеющие медицинских противопоказаний, в частности, тяжелых психических расстройств, требующих лечения в специализированных учреждениях здравоохранения.

Решение о зачислении на полустационарное социальное обслуживание принимается руководителем учреждения на основании личного письменного заявления гражданина и справки учреждения здравоохранения о состоянии его здоровья.

Порядок и условия полустационарного социального обслуживания определяется органами исполнительной власти субъектов РФ.

Стационарная форма социального обслуживания предназначается для граждан пожилого возраста и инвалидов, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся по состоянию здоровья в постоянном уходе и наблюдении.

Стационарное социальное обслуживание включает меры по созданию для граждан указанной категории наиболее адекватных их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности, реабилитационные мероприятия медицинского, социального и лечебно-трудового характера, обеспечение ухода и медицинской помощи, организацию их отдыха и досуга.

Стационарные учреждения (отделения) социального обслуживания профилированы в соответствии с возрастом граждан, состоянием их здоровья и социальным положением.

В стационарных учреждениях органов социальной помощи пожилые и инвалиды имеют право на: обеспечение нормальных условий проживания в соответствии с социально-гигиеническими нормативами; на уход, медицинскую, санитарную и стоматологическую помощь; на добровольное участие в лечебно-трудовом процессе с учетом здоровья, интересов, желаний; на свободную юридическую помощь, посещение родственников и знакомых, на свободное религиозное вероисповедание и посещение священников, а также на сохранение за ними занимаемой по найму, аренде или на правах собственности жилых помещений (для одиноких пенсионеров в течение 6 месяцев после поступления в дома социального обслуживания).

Дома-интернаты являются традиционной формой социального обслуживания во всем мире и в нашей стране. Особенностью их является наличие хронических заболеваний у проживающих здесь лиц, что ограничивает их трудоспособность, а часто и возможности самообслуживания и требует постоянной медицинской помощи и ухода. Проживающие в таких пансионатах люди находятся на полном государственном обеспечении, что обычно определяет отчисление более половины получаемой ими пенсии этим учреждениям. Все виды помощи осуществляются здесь бесплатно, что, однако, ставит вопрос о социальном равенстве и дифференцированности помощи, так как различные медицинские процедуры и медикаменты могут сильно различаться по себестоимости.

Для медицинского обслуживания домов-интернатов используются различные формы. Обслуживание прикрепленными организациями здравоохранения и стационарами дает возможность высокого уровня диагностики и лечения, однако, обычно при достаточно больших домах-интернатах имеется и медико-санитарное отделение, оснащенность которого может быть весьма различна и зависеть от конкретного контингента проживающих здесь лиц.

Внутри дома-интерната также могут выделяться различные подразделения: лечебно-профилактические, отделения по санитарному уходу, отделения активного долголетия, отделения реабилитации, залы ЛФК, физиотерапевтические отделения и пр. Обычными является наличие клубов, советов ветеранов, подсобных мастерских, земельных участков, в том числе для индивидуального пользования и т.п. Все в большей мере мировая практика поворачивает структуру и содержание работы в таких учреждениях от медицинского учреждения к социально-культурному, со все большей активностью проживающих здесь лиц.

Дома милосердия в последнее время все больше "оттягивают" на себя лиц, нуждающихся преимущественно в уходе и пребывающих на постельном режиме. Особенности их обслуживания и требования к специальной квалификации и организации помощи в таких учреждениях часто требуют отдельного их расположения от домов-интернатов для полностью сохраняющих активность лиц. Однако, целью таких домов является не пассивный режим, а стремление вернуть утраченную активность, перевести в отделения реабилитации.

Выделение отделений реабилитации - насущная потребность современного общества, когда повторные инфаркты сердца и мозговые нарушения требуют значительных усилий после проведенного госпитального курса. Высокий уровень медицинского обслуживания и насыщенность реабилитационными специальными видами помощи делают такие центры высоко эффективными, возвращая к полноценной активности пожилых лиц даже в самых старших возрастах.

В противоположность отделениям реабилитации, отделения помощи лицам с неизлечимыми заболеваниями имеют свои особенности организации и осуществления помощи: помощь в хосписах направлена на облегчение боли и страданий, но главное – на полноценное восприятие жизни до самого ее конца, на понимание проблемы смерти как таковой, что, однако, требует уже специального рассмотрения. Хосписное обслуживание в последнее время расширяется и включает патронажную службу, помощь семье тяжело больных в решении психологических, медико-санитарных и юридических вопросов, часто захватывает и область, ранее целиком принадлежащую церкви. Достойная жизнь в любых условиях - вот основная цель и смысл всей службы хосписов.

Помещение граждан в стационарные учреждения социального обслуживания производится на основании их личного письменного заявлении и подтверждается их подписью.

Существуют также психоневрологические интернаты для лиц пожилого возраста. В силу того, что лица пожилого возраста сильно подвержены нервным и психическим расстройством, что нередко приводит к серьезным психическим заболеваниям. Решение органа опеки и попечительства принимается на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о наличии у лица психического расстройства, лишающего его возможности находиться в неспециализированном учреждении социального обслуживания, а в отношении дееспособного лица, к заявлению которого должно быть приложено заключение врачебной комиссии, - также и об отсутствии оснований для постановки перед судом вопроса о признании его недееспособным.

Особое внимание следует обратить на ст. 15 Федерального закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», допускающую возможность помещения граждан пожилого возраста и инвалидов в учреждения социального обслуживания без их согласия или без согласия их законных представителей. Такое помещение может иметь место «в случаях, если эти лица лишены ухода и поддержки со стороны родственников или иных законных представителей и при этом не способны самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности (утрата способности к самообслуживанию и (или) активному передвижению) или признаны в установленном законом порядке недееспособными».

Вопрос о помещении в стационарное учреждение социального обслуживания, включая ПНИ, в недобровольном порядке решается судом по представлению органов социальной защиты населения. В данном Федеральном законе, как и в ГПК РФ, полностью, однако, отсутствует регламентация участия судебных органов в рассмотрении подобных дел, что приводит к разнобою в правоприменительной практике и снижению эффективности данной меры как гаранта соблюдения прав граждан. Применение к данным правоотношениям института аналогии закона или аналогии права (т.е. рассмотрение дел о недобровольном помещении в ПНИ по аналогии с рассмотрением заявлений о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар – глава 35 ГПК РФ) не является оптимальным решением проблемы, связанной с пробельностью законодательства.

В ст. 9 ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов», кроме того, ошибочно указывается, что основания и порядок недобровольного помещения в такие учреждения предусматриваются не только приведенной нормой, но и Законом о психиатрической помощи. Подобная ссылка вызывает недоумение, ибо Закон о психиатрической помощи недобровольное помещение в ПНИ не допускает. Распространение же на такие случаи норм о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар представляется неверным.

В комментируемом Федеральном законе имеются и другие несуразности, негативно сказывающиеся на возможности реализации психически больными гражданами своих прав.

Так, в соответствии со ст. 15 отказ от услуг стационарных учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, утративших способность удовлетворять свои основные жизненные потребности или признанных недееспособными, производится по письменному заявлению их законных представителей в случае, если они обязуются обеспечить указанным лицам уход и необходимые условия проживания. Эта норма, как мы видим, касается как недееспособных лиц, которым должен быть назначен опекун для защиты их прав, так и дееспособных лиц, а потому не имеющих законных представителей в лице опекунов, но, возможно, имеющих родственников. Заявление же, согласно ст. 15, может исходить только от законного представителя (родственники дееспособных граждан не указываются), а значит дееспособное лицо, в отличие от недееспособного, лишено возможности покинуть указанное учреждение, что представляет собой юридический нонсенс.

# Заключение

В течение последних пятидесяти лет уходящего столетия процесс старения в мировом масштабе развивается с такой стремительностью, что многие государства вынуждены учитывать эти тенденции при формировании социальной политики. В настоящее время пожилые и старые люди стали третьей по значимости категорией населения, что породило очень серьёзные экономические, социальные, медицинские проблемы. В современной реальности нашей жизни социальная работа с пожилыми людьми и инвалидами приобретает все большую актуальность. Население нашей планеты стареет. В 2030 году людей в возрасте 60 лет будет в три раза больше, чем сейчас. В первую очередь возникла необходимость расширения служб социальной помощи старым людям, их медицинского обслуживания, создания условий и выделения средств для их содержания.

Нарастание численности людей пожилого и старческого возраста в общей демографической структуре населения мира заставило по-новому взглянуть на целый ряд проблем, связанных с удовлетворением нужд этого возрастного контингента. Организация помощи пожилым и старым людям с точки зрения сохранения и укрепления их здоровья не может ограничиваться только медицинскими мерами и должна носить комплексный социально-медицинский характер.

Учитывая специфику заболеваемости пожилого населения, необходимо пропагандировать здоровый образ жизни не только среди молодежи, но и среди лиц зрелого и предпенсионного возрастов. Помимо, пропаганды здорового образа жизни, необходимо проводить различные программы по медицинскому обследованию населения с целью диагностики заболеваний и выявлении их на ранней стадии для дальнейшего лечения и профилактики предотвращения появления хронических заболеваний.

В связи с неизбежными процессами старения населения, необходимо расширить социальную инфраструктуру социальных учреждений, в том числе узкоспециализированных, для инвалидов пожилого возраста не только стационарных форм обслуживания, но и по оказанию качественной, квалифицированной помощи на дому. Для сохранения привычной обстановки инвалида пожилого возраста во избежание стрессов для него.

Медицинское и социальное обслуживание старых людей имеющих инвалидность, должно быть построено по единой системе, которая, несмотря на разные формы помощи (от оказания социальных услуг до материальных выплат и выдачи средств реабилитации), организуемой учреждениями здравоохранения и социальной защиты, достигала бы единой цели – поддержание комфортного образа жизни, удовлетворение необходимых, жизненно важных потребностей, сохранения и восстановления психического здоровья пожилого инвалида в заключительные периоды жизни.

# Библиографический список

1. Конвенция ООН «О правах инвалидов» от 13 декабря 2006 г.;
2. Федеральный закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992 года №3185-1;
3. Федеральный Закон РФ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 2 августа 1995 года №122-ФЗ;
4. Федеральный закон РФ «О социальной защите инвалидов в РФ» от 24 ноября 1995 №181-ФЗ;
5. Постановление Правительства РФ "О порядке организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы" от 16 декабря 2004 год N 805;
6. Постановление Правительства РФ «О порядке и условиях признания лица инвалидом» от 20 февраля 2006 г. №95;
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении классификации и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан Федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» от 22 августа 2005 г. № 535;
8. Альперович В. Г., Социальная геронтология, Ростов-на-Дону: Феникс, 1997 - 576 с.;
9. Василенко Н. Ю., Социальная геронтология, Владивосток: Издательство дальневосточного университета, 2003 - 140 с.;
10. Жарова А. В., Медико-социальная реабилитация: Курс лекций - Красноярск: СибГТУ, 2006. - 136 с.
11. Холостова Е. И. Социальная работа с пожилыми М.: «Дашков и К°», 2003. — 296 с.;
12. Холостова Е. И., Социальная работа с инвалидами, М: Издательско-торговая корпорация "Дашков и К", 2006г. - 240с
13. Яцемирской Р.С., Социальная геронтология, М.: Издательство МГСУ «Союз», 1998 - 275 с.;
14. Лихачев П.Ю. и др. Производственные травмы как причина инвалидности. В сб. научных трудов «Актуальные проблемы инвалидности». - М.: ЦИЭТИН, 1999;
15. Овчаренко С.А. и др. Социально-гигиеническая характеристика факторов риска инвалидизации населения активного трудоспособного возраста. В сб. научных трудов «Актуальные проблемы инвалидности». - М.: ЦИЭТИН, 2004;
16. Вилкова И., Почему кровь не наше кровное дело?: на этот животрепещущий вопрос есть весьма простой ответ / Ирина Вилкова // Медицинская газета. - 2008. - 30 января (№6);
17. Добромыслова О. Российские болезни / Ольга Добромыслова // Российская газета. - 2008. - 3 апр. (№72);
18. Невинная И., Запишите меня в инвалиды "Российская газета" - Неделя №3746 от 15 апреля 2005 г.
19. Васюк Ю.А. Хроническая сердечная недостаточность и депрессия: обзор / Ю.А. Васюк, Т.В. Довженко, Е.Л. Школьник // Терапевтический архив. 2007. - №10;
20. Особенности общего контингента инвалидов в Российской Федерации / Пузин С.Н., Лаврова Д.И., Чикинова Л.Н., Гришина Л.П., Тапалева Н.Д., Исаенко С.И. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2005. №4. С. 3-5.
21. Состояние и динамика первичной инвалидности населения Российской Федерации / Шестаков В.П., Чернякина Т.С., Свинцов А.А., Овчаренко С.А. // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. Мечникова. 2007. №1. С.7-18.