

## НАДАННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТНОЇ ДОПОМОГИ ІНВАЛІДАМ ВНАСЛІДОК РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ В УКРАЇНІ: СУЧАСНИЙ СТАН, ТРУДНОЩІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

А. В. Іпатов, І. Я. Ханюкова, І. В. Дроздова, Н. О. Гондуленко

**Резюме.** Даны статистические данные по инвалидности вследствие расстройств психики и поведения в Украине; изложены проблемные вопросы относительно реабилитации данной категории инвалидов, возвращения их в социум. Освещены проблемы оказания медико-экспертной помощи людям с расстройствами психики и поведения, даны предложения по ее улучшению.

**Ключевые слова:** расстройства психики и поведения, инвалидность, медико-социальная экспертиза, реабилитация.

**Summary.** This article provides statistics on disability due to mental and behavioral disorders in Ukraine presented the problematic issues concerning rehabilitation of this category of persons with disabilities, their return to society. The problems of medical and expert assistance to people with mental disorders and behavior are highlighted, some recommendation to improve it done.

**Keywords:** mental and behavioral disorders, disability, medical and social assessment, rehabilitation.

Психічне здоров'я та психічне благополуччя є найважливішими складовими високого рівня якості життя, що дають змогу людині вважати своє життя повноцінним та значущим, бути активними і творчими членами суспільства. Високий рівень психічного здоров'я населення є важливим чинником соціальної єдності, продуктивності праці, суспільного спокою, що сприяє благополуччю та зростанню економічного розвитку суспільства.

Тому поліпшення психічного здоров'я, профілактика психічних порушень, лікування, реабілітація осіб із проблемами психічного здоров'я та догляд за ними є пріоритетними завданнями для ВООЗ та її держав-членів Європейського союзу та Ради Європи.

Європейським планом дій по охороні психічного здоров'я, прийнятим міністрами охорони здоров'я держав-членів Європейського регіону Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ) 12–15 січня 2005 р., до якого приєдналася й Україна, наголошено на необхідності розширення можливостей соціальної інтеграції та функціонування для осіб із психічними розладами.

Європейська декларація з охорони психічного здоров'я метою зусиль в цьому напрямку визначає забезпечення більш високого рівня благополуччя та повсякденного функціонування людей, приділяючи основну увагу їхнім потужним якостям та ресурсам, підвищуючи їхню стійкість до зовнішніх негативних впливів та посиленню захисних зовнішніх чинників.

Україна – це держава, в якій є низка проблем, пов'язаних із психічним здоров'ям, зокрема, інвалідністю внаслідок розладів психіки та поведінки.

В Україні на 1 січня 2013 року працюють 39 спеціалізованих психіатричних МСЕК. Кількість спеціалізованих психіатричних МСЕК залишається незмінною упродовж останніх шести років (із 2007 року). За регіонами: в Дніпропетровській та Донецькій областях працюють по 4 спеціалізованих

психіатричних МСЕК, в АР Крим, Запорізькій, Київській, Луганській, Львівській, Харківській областях та у м. Києві – по 2, в інших областях – по 1, за винятком м. Севастополя, де спеціалізованої психіатричної МСЕК немає. Це єдиний такий регіон. Однак відсутність спеціалізованої психіатричної МСЕК у даному регіоні виправдано статистичними показниками.

Проте в Україні не існує спеціалізованого закладу з висококваліфікованими психіатрами, до якого можна направити хворих на розлади психіки та поведінки у випадках виникнення труднощів при винесенні експертного рішення або при оскарженні рішення МСЕК. У науково-дослідних інститутах медико-експертного та реабілітаційного профілю (ДУ «Укр. Держ. НДІ МСПІ МОЗ України», м. Дніпропетровськ та НДІ РІ (ННЛК) ВМУ м. Вінниця) таких відділень немає, а існуючі наукові установи психіатричного профілю медико-соціальною експертизою взагалі не займаються. Тобто, оскаржити рішення спеціалізованої психіатричної МСЕК, або отримати консультацію в складному експертному випадку можна лише в обласних МСЕК або Центральній МСЕК МОЗ України, де спеціалістів-психіатрів, як правило, немає.

Важливими індикаторами психічного здоров'я населення є статистичні показники інвалідності, які визначають стан психічного здоров'я населення України та напрямки удосконалення надання медико-соціальної допомоги даному контингенту.

Аналіз показників інвалідності внаслідок психічних та поведінкових розладів показав, що на початок 2012 року в Україні 277 282 хворих на розлади психіки та поведінки мали групу інвалідності.

Причому серед даного контингенту інвалідів переважають інваліди II групи (52,9%), а за віком – особи до 39 років (65,7%). Така невтішна статистична картина спостерігається упродовж останніх п'яти років.

У структурі всієї первинної інвалідності дорослого населення за 2012 рік психічні та поведінкові розлади склали 5,7 %, із них шизофренія – 1,9 %; серед населення працездатного віку – 6,6 і 2,3 % відповідно.

У 2012 році кількість первинно визнаних інвалідами серед дорослого населення внаслідок розладів психіки та поведінки становила 2,6 на 10 тис. населення, і порівняно з 2011 роком вона залишилася незмінною; серед населення працездатного віку – знизилась на 2,9 % (з 3,5 у 2011 році до 3,4 на 10 тис. населення у 2012 році).

Вищі рангові місця за рівнем первинної інвалідності дорослого населення внаслідок даної патології у 2011 році посідали Львівська (3,5), Кіровоградська й Херсонська (по 3,1) області; нижчі – АР Крим (1,7), Харківська (1,8), Хмельницька та Черкаська ( по 2,1 на 10 тис. населення) області. При середньому показнику по Україні – 2,6 на 10 тис. населення.

У 2012 році Кіровоградська, Миколаївська, Чернівецька області (по 3,7) посіли найвищі рангові місця; найнижчі – Севастополь (1,5), АР Крим (1,6) і Харківський регіон (1,8 на 10 тис. населення).

Найсуттєвіше зниження цього показника за цей термін спостерігалось у Севастополі (з 2,6 до 1,5), Донецькій (з 3,0 до 2,5), Житомирській (з 2,6 до 2,2), Луганській (з 2,7 до 2,4) областях; і навпаки, зростання – у Миколаївській (з 2,9 до 3,7) та Кіровоградській (з 3,1 до 3,7 на 10 тис. населення) областях.

Перші рангові місця за рівнем первинної інвалідності населення працездатного віку внаслідок розладів психіки та поведінки у 2011 році посідали Чернівецька та Чернігівська області ( по 4,3), Донецька область (4,2); останні – АР Крим (2,4), Харківська область (2,5), м. Севастополь, Черкаська та Хмельницька області (по 2,9 на 10 тис. населення). При середньому даному показнику по Україні – 3,5.

У 2012 році Чернівецька (5,0), Кіровоградська (4,9), Львівська (4,7) області посіли найвищі рангові місця; найнижчі – Севастополь (1,9), Київський та Харківський регіони (по 2,6 на 10 тис. населення). Найсуттєвіше зниження цього показника за цей термін спостерігалось у Хмельницькій (з 3,9 до 2,8), Чернігівській (з 5,1 до 4,3), Донецькій (з 4,3 до 3,6), Житомирській (з 3,8 до 3,2), Запорізькій (з 4,3 до 3,7), Луганській (з 4,2 до 3,5) областях і Севастополі (з 2,6 до 1,9); зростання – у Дніпропетровській (з 3,2 до 3,5), Миколаївській (з 3,9 до 4,2), Чернівецькій (з 4,8 до 5,0 на 10 тис. населення).

У 2012 році кількість первинно визнаних інвалідами серед дорослого населення внаслідок шизофренії становила 0,9 на 10 тис. населення, і порівняно з 2011 роком не змінилась; серед населення працездатного віку – також залишилася незмінною і склала, як і у 2011 році, 1,2 на 10 тис. населення.

Вищі рангові місця за рівнем первинної інвалідності дорослого населення внаслідок цієї патології у 2011 році посідали м. Київ, м. Севастополь та Луганська область (по 1,2; нижчі – Волинська

(0,4), Житомирська (0,5), Івано-Франківська (0,6 на 10 тис. населення) області.

У 2012 році Дніпропетровська, Запорізька (по 1,2), Луганська, Львівська, Сумська, Херсонська області (по 1,1) посідали найвищі рангові місця; найнижчі – Житомирський (0,4), Івано-Франківський та Волинський регіони (по 0,5 на 10 тис. населення). Найсуттєвіше зниження цього показника за цей термін спостерігалось у Херсонській (з 1,5 до 1,1), Луганській (з 1,4 до 1,1) областях; і, навпаки, зростання – у Дніпропетровському регіоні (з 1,0 до 1,2 на 10 тис. населення).

Перші рангові місця за рівнем первинної інвалідності населення працездатного віку внаслідок шизофренії у 2011 році посідали Дніпропетровська (1,7), Херсонська області, м. Київ та м. Севастополь (по 1,6); останні – Волинська (0,6), Житомирська (0,7) та Тернопільська (0,8 на 10 тис. населення) області. При середньому показнику по Україні, як уже було зазначено, - 0,9.

У 2012 році Запорізька (1,7), Луганська (1,6), Львівська (1,5) області посіли найвищі рангові місця; найнижчі – Житомирський (0,6), Волинський та Івано-Франківський регіони (по 0,7 на 10 тис. населення). Найсуттєвіше зниження цього показника за цей термін спостерігалось у Херсонській (з 2,2 до 1,5), Хмельницькій (з 1,5 до 1,1) областях, Києві (з 1,6 до 1,3) та Севастополі (з 1,4 до 1,0); і навпаки, зростання – у Дніпропетровському (з 1,5 до 1,8) та Запорізькому (з 1,5 до 1,7 на 10 тис. населення) регіонах.

Необхідно зазначити, що при поступовому зменшенні показників первинно визнаних інвалідами різних груп захворювань показники кількості хворих, які мають групу інвалідності, підвищуються в групах шизофренії, шизоафективних та інших маячних розладів із 190,9 на 100 тис. населення у 2002-му до 219,7 – у 2011 році та розумової відсталості – з 177,8 до 225,6 відповідно.

Психічні розлади спричиняють суттєві економічні збитки суспільства, які зумовлені непрацездатністю й соціальною дезадаптацією хворих та їхніх родичів, суїцидальною і соціально небезпечною поведінкою цього контингенту осіб, суттєвим погіршенням якості життя самих хворих та їхніх близьких.

Привернення уваги до осіб із інвалідністю внаслідок психічних захворювань та розумової відсталості обумовлено значною кількістю цієї категорії громадян у всьому світі та стійкою тенденцією до підвищення їхньої чисельності. Так, за даними ВООЗ у світі понад 450 млн. осіб страждають на психічні захворювання, а розумова відсталість спостерігається у 156 млн. осіб.

За тривалістю термінів інвалідності психічні захворювання посідають перше місце. Майже 95,0 % усіх осіб, визнаних інвалідами через психічні захворювання та розумову відсталість, залишаються інвалідами на все життя.

Для успішного становлення та подальшого розвитку комплексної особистості інвалідів із психічними захворюваннями та розумовою відсталістю, адаптації їх до соціуму необхідне залучення

таких осіб до зайнятості, тобто їхня соціально-трудова реабілітація.

Проте, якщо з медичною реабілітацією даного контингенту хворих стан більш-менш задовільний, то інші види реабілітації, і, в першу чергу, соціально-трудова реабілітація, потребує нагальних змін до кращого.

Варто зауважити, що, за даними експертів, цій категорії інвалідів доступне широке коло професій та видів робіт. При цьому, як свідчить зарубіжна практика, зайнятість інвалідів із психічними захворюваннями та розумовою відсталістю може успішно здійснюватися не лише на спеціалізованих підприємствах, у майстернях при реабілітаційних центрах та інтернатних установах, але й на відкритому ринку праці. Однак на відкритому ринку праці зайнятість цієї категорії інвалідів можлива лише із супроводом з боку спеціально підготовлених фахівців-супроводжувачів.

Слід зазначити, що в нашій державі, незважаючи на значне законодавче підґрунтя в частині опіки, соціального забезпечення, реабілітації інвалідів із психічними захворюваннями та розумовою відсталістю, зайнятості їх на відкритому ринку праці майже не поширено, а зайнятості із супроводом з боку спеціально підготовлених фахівців-супроводжувачів не існує взагалі, головним чином, через відсутність фахівців, які б мали необхідні знання, вміння та навички для здійснення такого супроводу.

На відміну від нашої держави, у зарубіжних країнах світу (у першу чергу, високорозвинених) накопичено більш глибокий досвід та триваліші традиції здійснення соціального супроводу цієї категорії інвалідів, у т. ч. при їхній зайнятості. Серед помічників, які здійснюють супровід зайнятості інвалідів із психічними захворюваннями та розумовою відсталістю у зарубіжних країнах є як спеціально підготовлені фахівці, так і волонтери, причому залучення останніх до здійснення соціального су-

проводу інвалідів відбувається не лише з метою «здешевлення» цього процесу, але й задля «ламки негативних стереотипів громади» щодо цієї категорії громадян.

Отже, проблема пошуку перспектив розвитку супроводу зайнятості інвалідів в Україні, у тому числі шляхом вивчення та запозичення кращого зарубіжного досвіду у цій сфері, стає вкрай актуальною ще й через те, що в нашій державі із загальної кількості зареєстрованих хворих на психічні розлади 65,7% складають особи працездатного віку.

У цих умовах невідкладним завданням удосконалення медико-експертної соціальної та реабілітаційної допомоги хворим на розлади психіки та поведінки слід вважати такі напрямки:

1. Організація вищого органу щодо надання медико-соціальної експертної допомоги хворим з розладами психіки та поведінки з висококваліфікованими кадрами на базі вже існуючих закладів відповідного профілю або створення нового.

2. Удосконалення методології надання медико-соціальної експертної та реабілітаційної допомоги хворим на розлади психіки та поведінки з максимальним використанням всіх видів реабілітації, без обмеження лише медичною реабілітацією.

3. Перехід до комплексної моделі медико-соціальної експертної та реабілітаційної допомоги хворим із розладами психіки та поведінки з акцентом на соціальний та професійно-трудоий напрямки.

4. У плані удосконалення надання медико-соціальної експертної та реабілітаційної допомоги зазначеному контингенту хворих налагодити взаємодію лікарів спеціалізованих психіатричних диспансерів, ВКК, МСЕК, співробітників державних та недержавних організацій та установ, включаючи членів суспільних асоціацій, осіб із психічними розладами та їхніх родичів.



## **СПІВПРАЦЯ МСЕК І ЛКК З ПИТАНЬ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ НА ЕТАПІ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**В. В. Лепський, Н. П. Лихогруд, О. В. Семененко, М. М. Карась**

### **Резюме**

*В статті висвітлюються основні напрямки співпраці КЗ «ЧОЦ МСЕ ЧОР» з лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів Черкаської області з питань тимчасової та стійкої втрати працездатності, реабілітації інвалідів та подальша робота на етапі реформування галузі охорони здоров'я.*

***Ключові слова:** медико-соціальна експертиза, реабілітація інвалідів, інвалідність, лікарсько-консультативні комісії, тимчасова та стійка втрата працездатності.*