

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МОБИЛЬНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

УДК 614.2

Сырникова Б.А., Ларионова В.С., Стороженко Д.В., Базирашвили В.Г.

ГАУ «Многофункциональный научно-практический центр реабилитации» Департамента социальной защиты населения города Москвы, Москва, Россия

ANALYSIS OF DYNAMICS OF ACTIVITY OF MOBILE REHABILITATION SECTION IN MULTIFUNCTIONAL CENTER OF REHABILITATION

Syrnikova BA, Larionova VS, Storozhenko DV, Basirashvili VG

«Multifunctional Scientific-practical rehabilitation centre» Department of social protection of population of the city of Moscow, Moscow, Russia

Введение

Развитие системы комплексной реабилитации инвалидов на дому является адекватной реакцией на потребность маломобильных групп населения в таких услугах. Принципиальное значение при этом имеет комплексный характер реабилитационной помощи, охватывающей медицинский и социальный аспекты, что соответствует требованиям законодательства РФ о предоставлении инвалидам всего спектра реабилитационных услуг вне зависимости от их мобильности.

Законом об «Основах социального обслуживания граждан Российской Федерации» от 28.12.2013 введено понятие социальная услуга, как действие или действия в сфере социального обслуживания по оказанию постоянной, периодической, разовой помощи, в том числе срочной помощи, гражданину в целях улучшения условий его жизнедеятельности и (или) расширения его возможностей самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности [1].

Наряду с традиционными направлениями реабилитации в последние годы получили свое развитие инновационные технологии, касающиеся новых научных подходов, организационно-методических приемов, методов практического использования реабилитационных услуг [2–6].

Внедрение инноваций – процесс, требующий усилий, следовательно, результативность должна оправдывать затраты.

Для внедрения инновационных технологий необходимы условия:

- наличие достижимой цели;
- материально-техническое обеспечение;
- кадровое обеспечение;
- наличие законодательных условий для деятельности [7].

В статье 4 Закона содержится требование о приближенности поставщиков социальных услуг к месту жительства получателей социальных услуг и сохранение пребывания гражданина в привычной, благоприятной среде. Наиболее соответствующей этим требованиям формой организации оказания социальных услуг является работа мобильного отделения комплексной реабилитации.

При изучении литературы о зарубежном опыте проведения комплексной реабилитации на дому [8, 9], а также по информации, полученной авторами в ходе стажировки «Вопросы комплексной реабилитации инвалидов» (Федеративная Республика Германия) выяснено, что данный вид реабилитации не получил широкого распространения в экономически развитых странах, за исключением ограниченного перечня медицинских услуг, оказываемых на дому пожилым пациентам.

Таким образом, проведение комплексной реабилитации инвалидов на дому с использованием ресурсов реабилитационного центра – уникальное явление в мировом опыте социальной защиты населения.

Материалы и методы

В Государственном автономном учреждении Департамента социальной защиты населения города Москвы «Многофункциональный научно-практический центр реабилитации» (ГАУ «МНПЦР») мобильное реабилитационное отделение (МРО) организовано в 2012 году.

Представляется важным изучить динамику деятельности МРО отделения за два полных года работы (2013 и 2014 гг.), оценить эффективность, выявить перспективные направления дальнейшего развития этого вида реабилитационных услуг.

Целью работы МРО является оказание реабилитационных и медико-социальных услуг в домашних условиях гражданам с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, болезнями нервной системы, и другими заболеваниями, ведущими к временному или постоянному ограничению жизнедеятельности.

Основными видами социальных услуг, наполняющими процесс реабилитации в МРО являются:

- 1) социально-бытовые, направленные на поддержание жизнедеятельности получателей социальных услуг в быту;
- 2) социально-медицинские, направленные на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий;
- 3) социально-психологические, предусматривающие оказание помощи в коррекции психологического состояния получателей социальных услуг для адаптации в социальной среде [1].

Для достижения поставленной цели решаются следующие задачи:

1. Предоставление гражданам, с ограниченными возможностями, в возрасте от 18 лет и старше, квалифицированных реабилитационных и медико-социальных услуг в домашних условиях.
2. Оказание социально-бытовых услуг индивидуально обслуживающего и гигиенического характера.

МРО ГАУ «МНПЦР» в отличие от мобильных бригад, организуемых в сельской местности и небольших городах, имеет ряд особенностей, обусловленных спецификой организации службы социальной защиты столичного мегаполиса:

- плановый характер работы отделения;
- перераспределение основных трудозатрат на решение вопросов медицинской реабилитации клиентов;
- повышенные требования к качеству услуг в условиях конкуренции поставщиков социальных услуг;
- значительные сложности в перемещении мобильной бригады связанные с загруженностью улиц г. Москвы.

Данные особенности были учтены при формировании и коррекции штатного расписания МРО, разработке алгоритмов деятельности и постановке задач перед сотрудниками.

МРО объединяет профильных специалистов, которые работают как единая команда с четкой согласованностью действий, что обеспечивает комплексный подход к реализации задач реабилитации. Для их решения используются восстановительные мероприятия: физиотерапия, механотерапия, кинезотерапия, лечебная физкультура (ЛФК), включая прогулки, терренкур; лечебный массаж, динамическое наблюдение, психологическая и логопедическая помощь, консультации по подбору и применению технических средств реабилитации.

Важной составляющей в деятельности МРО является уточнение на месте социальных потребностей клиента и их удовлетворение в тесном сотрудничестве с территориальными органами социальной защиты населения.

Кадровый состав отделения за изучаемый период существенных изменений не претерпел. Некоторое несоответствие штатной и фактической численности отдельных категорий специалистов компенсируется за счет расширения зоны обслуживания и совмещения профессий.

Основанием для приема клиента на обслуживание является сертификат, выдаваемый территориальными центрами социального обслуживания округов г. Москвы.

Деятельность МРО осуществляется в соответствии со следующим алгоритмом:

- первичный визит врача-специалиста по профилю основного заболевания клиента;
- привлечение других специалистов для консультации в случае полиморбидной патологии;
- проведение дополнительного инструментального обследования больного на месте (УЗИ, ЭКГ и др.);
- составление индивидуальной дорожной карты инвалида;
- разработка реабилитационного маршрута;
- проведение реабилитационных мероприятий;
- контроль качества проведения реабилитации и достижения промежуточных целей;
- коррекция реабилитационного маршрута;
- завершение реабилитационных мероприятий;
- немедленная оценка эффективности проведенных мероприятий;
- подготовка реабилитационного эпикриза и рекомендаций по самостоятельному продолжению реабилитации;
- взаимодействие с территориальными органами социальной защиты для планирования дальнейших совместных действий;
- отсроченная оценка эффективности реабилитационных мероприятий.

В изучаемом периоде данный алгоритм показал свою действенность и в существенной коррекции не нуждался.

Курс реабилитации для инвалидов рассчитан на 28 календарных дней. Опыт работы показал, что четырехнедельный курс реабилитации с организационной и медицинской точек зрения представляется оптимальным для большинства видов заболеваний, являющихся причиной инвалидности клиентов МРО. Отдельным клиентам, демонстрирующим отчетливую положительную динамику, было бы целесообразно продлить курс реабилитации в среднем до 30 дней.

Результаты и их обсуждение

За изучаемый период в соответствии с Государственным заданием МРО проведен полный курс реабилитационных мероприятий 1530 клиентам [10] (Таблица 1).

Распределение клиентов по полу в целом отражает демографические характеристики инвалидов соответствующей возрастной категории и не изменилось в динамике [11] (Таблица 2).

Подавляющее число клиентов относятся к лицам пожилого возраста. В динамике доля лиц молодого возраста снижается. При углубленном анализе структуры контингента старшей возрастной категории выяснено, что более 60% от всех прошедших реабилитацию составляют лица старше 70 лет (Таблица 3).

Таблица 1. Распределение клиентов МРО по полу

Пол	2013 г.		2014 г.	
	Абс.	%	Абс.	%
Мужской	218	35	285	32
Женский	412	65	615	68
Итого	630	100	900	100

Таблица 2. Распределение клиентов МРО по возрасту

Возраст	2013 г.		2014 г.	
	Абс.	%	Абс.	%
От 18 до 29 лет	55	9	3	0,3
От 30 до 54 лет	128	20	183	20
От 55 и старше	447	71	714	72
Итого	630	100	900	100

Таблица 3. Распределение клиентов МРО по группе инвалидности

Группа инвалидности	2013 г.		2014 г.	
	Абс.	%	Абс.	%
1	604	96	747	83
2	26	4	144	16
3	0	0	9	1
Итого	630	100	900	100

Большая часть обслуженных клиентов имела первую группу инвалидности, что соответствует целевым установкам деятельности МРО, сосредотачивающим основные усилия на наиболее тяжелой категории инвалидов. В динамике незначительно возросла доля инвалидов второй группы. Инвалиды 3 группы существенного влияния на структуру контингента не оказали.

По административным округам города Москвы обслуживаемый контингент распределялся неравномерно. Наибольшее число клиентов обслужено в Северном и Северо-Восточном административных округах, наименьшее – в городе Зеленограде. В динамике вектор активности деятельности МРО сосредоточился на территориях, с более удобной транспортной доступностью от расположения базового реабилитационного центра, что позволяет экономить временные и финансовые ресурсы, за счет уменьшения непроизводительных расходов.

Проблема установления основного заболевания у большинства клиентов возникла в виду наличия полиморбидной патологии. В этих условиях в качестве основного заболевания индексировалась нозо-

логия, имеющая наибольшее значение в ограничении жизнедеятельности. В дальнейшем, представляется целесообразным провести классификацию клиентов МРО с использованием Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) International Classification of Functioning, Disability and Health (ICFDH) в части доменов активности и доменов участия [12, 13].

В нозологической структуре инвалидов, прошедших реабилитацию в МРО произошли следующие основные изменения:

- Выявились инвалиды с осложнениями сахарного диабета. Причина выделения этой нозологии заключается в изменении подходов к определению основного заболевания в реабилитационной карте.
- Появились инвалиды со злокачественными новообразованиями. Накопленный опыт работы позволил включать инвалидов с данной нозологией в реабилитационный процесс.
- Уменьшилась доля клиентов с заболеваниями системы кровообращения за счет более точного учета основного заболевания. Изменилась так же внутренняя структура клиентов по данному классу заболеваний. Произошло значительное увеличение доли инвалидов с цереброваскулярной патологией. Эта группа клиентов занимает более 45% от всех инвалидов, прошедших реабилитацию в 2014 г. Нозологическая структура контингента требует углубленного анализа, выходящего за рамки данной работы.

При выборе реабилитационных методик и постановке индивидуальных задач в работе с каждым клиентом наибольшее внимание было обращено на ограничения жизнедеятельности, которые сам клиент считал максимально его лимитирующими (болевой синдром, ограничение движения, затруднения при выполнении элементарных бытовых операций и т.д.) (Таблица 5).

В среднем каждому клиенту оказана в 2013 г. 21 услуга, в 2014 г. – 22 услуги. Содержание программы реабилитации, с активным использованием немедикаментозных методов на фоне продолжения плановой медикаментозной терапии, представляется оптимальным для данной категории инвалидов. Требуется дальнейшей интенсификации консультативная деятельность психолога, в связи с тем, что более чем у 90% обслуженных пациентов выявляются те или иные психологические проблемы.

Выбор методов оценки эффективности реабилитации представлял существенные затруднения в связи с исходной тяжестью заболевания и наличием множественных сопутствующих заболеваний, что сделало затруднительным проведение стандартных методик. Единственной группой, в которой удалось использовать методики объективизации, оказалась группа пациентов с патологией суставов.

Исследование проводилось по отношению к наиболее измененным суставам. С использованием таблиц нормальных амплитуд движений в различных суставах, определяли полный (100 %) объем движений, частично нарушенный (75–50 %), грубо нарушенный (25 % и менее). В динамике процедуру повторяли (Таблица 6).

Увеличение амплитуды движения в суставах достигнуто у 15,8% пациентов в 2013 г. и 16,2% в 2014 г. Относительно невысокий процент пациентов, продемонстрировавших положительную динамику, объясняется значительной тяжестью патологии, длительностью

Таблица 4. Структура контингента инвалидов МРО с учетом классов болезней, нозологических форм основного заболевания

Нозологические формы	2013 г.		2014 г.	
	Абс.	%	Абс.	%
Класс II – Новообразования	-	-	12	13
C00–C97 Злокачественные новообразования	-	-	12	100
Класс IV Болезни эндокринной системы	-	-	17	19
E10–E14 Сахарный диабет	-	-	17	100
Класс VI – Болезни нервной системы	14	2	39	4
G35–G37 Демиелинизирующие болезни центральной нервной системы	14	100	39	4
Класс IX – Болезни системы кровообращения	456	72	523	58
I05–I09 Хронические ревматические болезни сердца	4	1	4	0,8
I10–I15 Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	152	33	57	11
I20–I25 Ишемическая болезнь сердца	118	26	50	10
I60–I69 Цереброваскулярные болезни	182	40	412	79
Класс X – Болезни органов дыхания	8	1	17	1,8
J44 Другая хроническая обструктивная легочная болезнь	4	50	5	29
J45 Астма	4	50	12	71
Класс XIII – Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	107	17	164	7,1
M00–M03 Инфекционные артропатии	2	2	0	0
M05–M14 Воспалительные полиартропатии	4	4	10	16
M15–M19 Артрозы	63	59	95	53
M30–M36 Системные поражения соединительной ткани	3	3	14	8
M40–M54 Дорсопатии	35	33	45	23
Класс XVII – Врожденные аномалии [пороки крови], деформации и хромосомные нарушения	31	5	42	4,6
Q00–Q07 Врожденные аномалии [пороки развития] нервной системы	31	100	42	100
Класс XIX – Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	14	2	86	9,5
T90–T98 Последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин	14	100	86	100
Итого	630	100	900	100

заболевания, непродолжительным периодом реабилитации. Данный показатель указывает на необходимость более раннего и более активного проведения реабилитационных мероприятий у данной категории инвалидов.

В качестве интегрального показателя, объединяющего результаты самооценки пациентами состояния функционирования организма и состояния эмоциональной сферы, использовалась визуально-аналоговая шкала (ВАШ). Перед началом реабилитации пациент самостоятельно или с помощью врача отмечал на градуированной в баллах от 0 до 10 шкале, как он оценивает состояние своего здоровья. По окончании курса

реабилитации предлагалось повторно оценить этот показатель. При проведении оценки особое внимание обращалось на нейтральную позицию интервьюера при разъяснении условий самооценки и проведении опыта.

Доля пациентов, продемонстрировавших повышение показателей ВАШ, составила 34,6%.

Кроме этого для выяснения эффективности реабилитации было проведено анкетирование репрезентативной части пациентов по вопросу их субъективной оценки эффективности реабилитации. Положительно оценили реабилитацию 72% респондентов, нейтрально – 4%, отрицательно – 2%, затруднились с отве-

Таблица 5. Динамика объема реабилитационных мероприятий МРО

Мероприятие	2013 г.		2014 г.	
	Обслужено лиц	Количество услуг	Обслужено лиц	Количество услуг
Лечебная физкультура	548	4155	817	7536
Механотерапия	247	2148	397	3680
Медицинский массаж	401	2932	611	5305
Консультации врачей-специалистов	630	2038	900	2492
Консультации психолога	3	15	327	465
Итого	630	13288	900	19478

Таблица 6. Динамика амплитуды движений в суставах в группе инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата

		Исходная амплитуда движения в суставе в % по отношению к норме					
		100	99–75	74–50	49–25	менее 25	Всего
Количество пациентов	2013 г.	5	12	48	32	10	107
	2014 г.	3	9	35	12	5	64
		Исходная амплитуда движения в суставе в % по отношению к норме					
		100	99–75	74–50	49–25	менее 25	Всего
Количество пациентов	2013 г.	7	22	41	28	9	107
	2014 г.	4	10	38	8	4	64

том 22%. Высокий процент респондентов, затруднившихся с ответом, отражает долю клиентов со значительным интеллектуальным дефектом.

При изучении показателей, оказывающих существенное влияние на реабилитационный потенциал инвалидов, таких как: возраст, длительность инвалидизирующего заболевания, наличие сопутствующей патологии, выяснено, что подавляющее большинство инвалидов имеет невысокий реабилитационный потенциал. Однако, методически правильная комплексная реабилитация в привычных для инвалидов условиях, с установлением эмоционального контакта с пациентом позволяет добиться определенного результата даже у этой категории инвалидов.

Динамика показателей деятельности МРО свидетельствует о соответствии этого направления деятельности реабилитационного центра интересам получателей социальных услуг. Проводимые мероприятия приводят к расширению возможностей инвалидов по участию в жизни семьи и общества в целом. Особенно важным представляется тот факт, что наиболее тяжелый контингент инвалидов получает комплексную реабилитацию в психологически благоприятной домашней обстановке. Нельзя недооценивать и то, что мероприятия носят комплексный характер и воздействуют на все основные точки приложения усилий для получения максимального эффекта.

При углубленном изучении потребностей инвалидов, получавших реабилитацию, специалистами по социальной работе и психологами отмечено, что

в дальнейшем в программе комплексной реабилитации следует уделять больше внимания развитию (восстановлению) у клиентов навыков общения, пробуждению у них интересов, выходящих за рамки бытовых потребностей, обучению пользованию современными средствами коммуникации (e-mail, Skype и т.д.), расширению круга общения.

Возможные перспективы развития МРО лежат в сфере расширения видов социальных услуг, оказываемых инвалидам за счет включения таких видов, как:

- социально-трудовые, направленные на оказание помощи в трудоустройстве и в решении других проблем, связанных с трудовой адаптацией;
- социально-правовые, направленные на оказание помощи в получении юридических услуг, в том числе бесплатно, в защите прав и законных интересов получателей социальных услуг;
- услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности.

Важной частью деятельности МРО должна стать работа с родственниками клиентов, направленная на повышение их информированности о структуре и функциях поставщиков социальных услуг в г. Москве, а также о приемах ухода за инвалидами и современных методах реабилитации. Это позволит обеспечить непрерывность процесса восстановления утраченных функций и предотвратить угасание выработанных в процессе работы с клиентом навыков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Федеральный закон « Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» ФЗ № 442 от 28 декабря 2013 г.
2. Стороженко Д.В. Инновационные технологии в деятельности реабилитационного центра для инвалидов// Информационное письмо/ М., ФГБУ ФБМСЭ Министерства труда и социальной защиты РФ, 2014, – 25 С.
3. Иванова Г.Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития. // Вестник восстановительной медицины. – 2013, – №5. – С. 3–8.
4. Аухадеев Э.И., Бодрова Р.А. Новый методологический подход к реабилитации пациентов на основе международной классификации функционирования. // Вестник восстановительной медицины. – 2014, - №1. – С. 6–10.
5. Иванова Г.Е., Стаховская Л.В., Репьев А.П. Правовые основы оказания помощи по медицинской реабилитации. // Вестник восстановительной медицины. – 2014, – №1. – С. 2–5.
6. Буйлова Т.В. Методологические основы проектирования и организации деятельности реабилитационного учреждения. // Вестник восстановительной медицины. – 2014, – №3. – С. 2–7.
7. Копылов А.В. Инновационные формы нестационарного социального обслуживания населения на примере г. Москвы // Ученые записки Забайкальского государственного университета. Серия: Философия, социология, культурология, социальная работа. 2014, № 2. С. 155–168.
8. Юнусов Ф.А. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом /Ф.А. Юнусов, В. Гайгер, Э. Микус. – М: Общероссийский фонд «Социальное развитие России», 2004. – 310 С.
9. Anderson C. Stroke rehabilitation services to accelerate hospital discharge and provide home-based care: an overview and cost analysis / Anderson C., C. Nimhurchu, P.M. Brown K. Carter // Pharmacoeconomics. – 2002. – Vol. 20, № 8. – P. 537–552.
10. Сырникова Б.А., Ларионова В.С., Стороженко Д.В. Мобильная реабилитационная служба как инновационная технология в деятельности центра реабилитации для инвалидов // «Медико-социальные проблемы инвалидности», М., 2014, № 3, С. 48–54.
11. Показатели первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации, её округах и субъектах за период 2012–2013 г.г. // Медико-социальные проблемы инвалидности. 2014, № 2 – С. 110–119.
12. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: МКФ Краткая версия// СПБИУВЭК, 2003, – 227 с.
13. Методологические основы медико-социальной экспертизы с учетом основных положений МКФ и в соответствии с Конвенцией о правах инвалидов: Учебно-метод. пособие /Дымочка М.А., Лаврова Д.И., Талалаева Н.Д., Либман Е.С., Андреева О.С., Киндрас Г.П., Шабалина Н.Б. – М., ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» – 2012 – 45 с.

REFERENCES:

1. Federal Law № 442 of December 28, 2013 «On the basis of social services to citizens in the Russian Federation».
2. Storozhenko D.V. [Innovative Technologies in a rehabilitation center for disabled]. Call for Papers / M, FGBU FBMSE Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, 2014 – 25 P.
3. Ivanova G.E. [Medical rehabilitation in Russia. Development prospects]. Bulletin of regenerative medicine. – 2013, – №5. – P. 3–8.
4. Aukhadееv E.I., Bodrov R.A. [New methodological approach to the rehabilitation of patients on the basis of the international classification of functioning]. Bulletin of regenerative medicine. – 2014, – №1. – P. 6–10.
5. Ivanova G.E., Stakhovskaya L.V., Repev A.P. [Legal basis for aid for medical rehabilitation]. Bulletin of regenerative medicine. – 2014, – №1. – P. 2–5.
6. Buylova T.V. [Methodological principles of design and organization of rehabilitation institutions]. Bulletin of regenerative medicine. – 2014, – №3. – P. 2–7.
7. Kopylov A.V. [Innovative forms of non-stationary social services by the example of Moscow]. Scientific notes of the Trans-Baikal State University. Series: Philosophy, sociology, cultural studies, social work. 2014, № 2 – P. 155–168.
8. Yunusov F.A. [Organization of medical and social rehabilitation abroad /F.A. Yunusov, B. Geiger, E. Mikus]. M: All-Russian Fund «Social Development of Russia», 2004. – 310 pp.
9. Anderson C. Stroke rehabilitation services to accelerate hospital discharge and provide home-based care: an overview and cost analysis / Anderson C., C. Nimhurchu, P.M. Brown K. Carter // Pharmacoeconomics. – 2002. – Vol. 20, № 8. – P. 537–552.
10. Syrnikova B.A., Lariovov V.S., Storozhenko D.V. [Mobile rehabilitation services as an innovative technology in the activities of a rehabilitation center for disabled]. «Medical and social problems of disability», M., 2014, № 3, – P. 48–54.
11. Indicators of primary disability of the adult population in the Russian Federation, its districts and subjects for the period 2012-2013 // Medical and social disability. 2014, № 2 – P. 110–119.
12. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF short version // SPBIUVEK, 2003 – 227 p.
13. Methodological basis of medical and social expertise with the basic provisions of the FCI and in accordance with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Teaching method. Manual / Dymochka M.A., Lavrov D.I., Talalaeva N.D., Libman E.S., Andreeva O.S., Kindras G.P., Shabalin N.B. – M., FGBU «Federal Bureau of Medical and Social Expertise» – 2012 – 45.

РЕЗЮМЕ

Сообщается законодательных и методических предпосылках для организации мобильного реабилитационного отделения в реабилитационном центре для инвалидов, как инновационного вида оказания социальных услуг. Освещается организация деятельности мобильного реабилитационного отделения и порядок проведения комплексной реабилитации инвалидов на дому. Представлена социально-демографическая характеристика контингента обслуживания в динамике за 2013–2014 годы. Приводятся данные о видах и количестве оказанных услуг, методах оценки эффективности деятельности мобильного реабилитационного отделения. Указываются перспективные направления работы мобильного реабилитационного отделения.

Ключевые слова: реабилитационный центр, мобильное реабилитационное отделение, комплексная реабилитация, инновационные технологии, инвалиды.

ABSTRACT

This article reports about the legislative and methodological prerequisites for organization department of mobile rehabilitation in a rehabilitation center for disabled. Describes the organization of the activities of mobile rehabilitation section and procedure of comprehensive rehabilitation at home. Represents by social- demographic characteristics of the service contingent in dynamics of a two-year work. We give data about the types and amount of services rendered, the methods of assessment of efficiency of mobile rehabilitation section. Indicates promising directions of activities for mobile rehabilitation section.

Keywords: center of rehabilitation; mobile rehabilitation section; comprehensive rehabilitation; innovation technologies; the disabled.

Контакты:

Стороженко Дмитрий Валерьевич. E-mail – rcdif2@yandex.ru