

нуты в больницах и интернатах, а «домашние» инвалиды предоставлены сами себе, научились терпеть, но разучились бороться за себя.

Но есть и хорошие новости.

Психиатрия, туго, но поворачивается в сторону реальных нужд пациентов и их семей, стимулирует их резервы восстановления, развивает бригады, объединяющие психиатров, клинических психологов, социальных работников, крепит сотрудничество с центрами занятости населения, привлекает ресурсы организаций самопомощи в программе *поддерживаемой занятости*, позволяющей занять на открытом рынке труда до 40% чересчур терпеливых хронических психически больных.

**Общероссийская общественная организация**

***«Новые возможности»***

**ПОДДЕРЖИВАЕМАЯ ЗАНЯТОСТЬ**

**ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ**

**РАССТРОЙСТВАМИ**

*«Деяние – начало бытия»*

*В. Гете*

**Москва, 2012**

## К читателю

В брошюре приведены современная (на апрель 2012 г.) нормативно-правовая база, методика, составные части, содержание, многосторонняя и многоуровневая (с позиций пациентов, психиатрических служб и общества в целом) клиничко-экономическая и социальная результативность модели поддерживаемой занятости как научно-доказательного метода психосоциальной реабилитации взрослых инвалидов, выделены препятствия развития модели, предложены пути ее развития и повышения эффекта. Сформулированы предложения по совершенствованию законодательства в сфере профессиональной реабилитации инвалидов.

Брошюра предназначена для активистов общественных организаций инвалидов, участвующих в программах психосоциальной реабилитации, а также может быть полезна и психиатрам, клиническим психологам, сотрудникам бюро медико-социальной экспертизы, членам реабилитационных межпрофессиональных и межведомственных бригад, специалистам по социальной работе, социальным работникам и организаторам региональной психиатрической помощи, сотрудникам государственной службы занятости населения, работодателям.

*В брошюре обобщен и систематизирован многолетний опыт местных отделений ООИИ «Новые возможности» при методической поддержке Московского НИИ психиатрии.*

Авторы: Н.Б. Левина, председатель ООИИ «Новые возможности», Е.Б. Любов, Московский НИИ психиатрии, М.Б. Ларионов, РОИИ «Перспектива», Г.А. Русакова, отдел содействия занятости инвалидов Центра занятости населения ЦАО г.Москвы

Брошюра издана в типографском кружке ООИИ «Новые возможности»,

тираж 100 экз.

Адрес: 107076, Москва, ул. Потешная, д.3

[www.nvm.org.ru](http://www.nvm.org.ru), < [levinan36@gmail.com](mailto:levinan36@gmail.com) >

Брошюра издается при поддержке компании Янссен Фармацевтика НВ.

го. Занятость – центральный пункт концепции личностно-социального восстановления (выздоровления) тяжело психически больных. Сочетание этических, социально-экономических и клинических причин определяют необходимость трудоустройства ЛсИ. Его право на труд гарантировано законами (закреплено конституцией) «социального государства»; незанятость ЛсИ свидетельствует об исключении обширной группы наиболее уязвимых граждан из общества. Напротив, работа (учеба) в обычных условиях усиливает симптоматический и функциональный эффект лечения ЛсИ. ПЗ, направлена на возвращение или включение инвалида в общественно-полезный труд в соответствии с состоянием его здоровья, трудоспособности, личными склонностями и желаниями. Модель ПЗ – психосоциальный реабилитационный подход с доказанной многосторонней эффективностью, улучшающий уровень обычной занятости (работы и/или учебы) ЛсИ. ПЗ соответствует подходу в рамках обращенной к реальным нуждам пациента модели психиатрии и социальному подходу к инвалидности. ПЗ – модель обучения ЛсИ нужным для работы навыкам, поиску работодателей и подготовке трудовых коллективов к вхождению в их состав ЛсИ, решению проблем в ходе трудоустройства и дальнейшей работы ЛсИ. ПЗ представляет собой континуум систематических усилий членов многопрофессиональной (межведомственной) бригады от индивидуализированного выбора подходящей деятельности ЛсИ до получения и сохранения работы (места учебы), условия которой по необходимости гибко адаптированы к медицинским и социальным ограничениям пациента.

Труд в жизни большинства из нас – средство существования. *Человек производящий* выковывает, по Марксу, в трудах – самого себя. Помимо заработка, работа говорит тебе и миру, кто ты и на что годен, также – насколько ты здоров. Неспособность к работе – общая черта любой болезни. Неспособность быть рабочим или служащим представляет «рубец» психоза (нет «голосов», но нет сил и желания делать дело). «Дефект» инвалида (безразличие, отгороженность) – часто психологическая защита от безразлично-брезгливого отношения общества или полусон к тепличной среде лазарета на дому. Многие молодые инвалиды получили образование, но не вошли в школу труда. Государство откупается от них пенсией, но экономит на трудовом восстановлении. Реабилитационные отделения обычно развер-

данном регионе, выяснить удовлетворенность работой, производительность, развитие мастерства, тщание выполнения задания. Важно отличать трудоспособность и работоспособность как фактическую возможность систематического труда. Широкая оценка трудоспособности определяет соответствие квалификации ЛсИ требованиям рынка. При анализе поддерживаемого обучения важны доли успешных студентов, получивших диплом, приступивших к работе по специальности, условия работы выпускников, повышение квалификации. Клинико-экономическая и социальная эффективность модели ПЗ станет доказательной базой развития и реализации комплексных программ создания рабочих мест и условий труда ЛсИ на федеральном уровне и изменения соответствующего законодательства. Специалист по трудоустройству станет независимым экспертом при разработке, внедрении и реализации комплексных программ (ФЗ) в сфере трудоустройства ЛсИ, при противоречиях между ЛсИ и МСЭ по поводу установления способности к трудовой деятельности. Подготовка специалистов по трудоустройству ЛсИ – необходимый элемент программы ПЗ. Нужна программа повышения квалификации сотрудников СЗН. Подготовка специалистов по социальной работе позволит им быть востребованными в СЗН. Будущим экономистам, юристам, политологам, государственным управленцам и менеджерам необходимы знания о социальных проблемах инвалидности. В качестве кураторов как паллиатив могут выступать обученные ЛсИ и их близкие. Жизненный опыт и практика отчасти заменят недостаток образования активистов ООИ. В бригаде (реабилитационном центре) можно обучать специалистов по трудоустройству ЛсИ, которые затем будут работать в СЗН и ООИ.

\*\*\*

Люди воспринимают свои психические проблемы через призму ограничения «нормальной» жизни, социальное отторжение, обостренно чувствительны к незанятости («ненужности») и потере структуры, цели жизни и самоидентификации. Вынужденная или «выученная» незанятость больного утяжеляет, затягивает психические расстройства, снижая социальную роль и цели человека, развивая беспомощность, жизненную позицию резиньяции, способствует депрессии и суицидальному поведению, дополнительно стигматизирует больно-

## Оглавление

<b>Вместо предисловия .....</b>	<b>5</b>
<b>Терпение и труд.....</b>	<b>6</b>
<b>Правовой ликбез .....</b>	<b>7</b>
<b>Нормативно-правовое обеспечение занятости инвалидов.....</b>	<b>10</b>
<b>Инвалид ищет и находит работу: трудности и решения .....</b>	<b>13</b>
<b>Новые возможности трудового восстановления инвалидов .....</b>	<b>14</b>
<b>Принципы и составные части поддерживаемой занятости.....</b>	<b>18</b>
<b>Возможности развития программы ПТ.....</b>	<b>45</b>

## Перечень сокращений

ИПР – индивидуальная программа реабилитации инвалида  
ЛСИ – люди (лицо) с инвалидностью  
ЛТМ – лечебно-трудовые (промышленные) мастерские  
МСЭ – медико-социальная экспертиза  
НКО – некоммерческая организация  
ОООИ – Общероссийская общественная организация («Новые возможности»)  
ОСТД – ограничения способности к трудовой деятельности  
ПАВ – психоактивные вещества  
ПЗ – поддерживаемая занятость (трудоустройство)  
ПНД – психоневрологический диспансер  
СЗН – Федеральная государственная служба (центр) занятости населения  
ТК – Трудовой кодекс  
ФЗ – Федеральный Закон

## Возможности развития программы поддерживаемого трудоустройства

Программа развивается в службах, обращенных на личностно-социальное выздоровление, во внебольничных реабилитационных центрах. Программа должна настойчиво охватывать – всех *незаятых психически больных* – активно ищущих и не ищущих работу в связи с инвалидностью, болезнью и другими причинами, в частности, пациентов, находящихся в группе риска инвалидности и безработных (например, часто госпитализируемых). Модель с акцентом на поддерживаемое обучение следует развивать в клиниках первого эпизода психоза. Сопровождение при производственной адаптации должно войти в федеральный перечень реабилитационных мероприятий по профессиональной реабилитации инвалидов или финансироваться из средств закона «О квотировании». Модель ПЗ как метод психосоциальной реабилитации с доказанной эффективностью должна быть введена в стандарты психиатрической помощи и клинические рекомендации. ОООИ важно изжить «комплекс просителя» и позиционировать себя как равноправного партнёра программы ПЗ, способного предложить услуги и мероприятия, интересные работодателю, поддерживать репутацию надёжной организации, способной обеспечивать выполнение взятых обязательств. У ЛСИ должен быть стимул к экономической самостоятельности без угрозы потери гарантированного дохода инвалида, что выгодно и государству, так как это снимает часть финансовой нагрузки общества по содержанию ЛСИ. Для создания базы данных о реальных потребностях ЛСИ, барьерах на пути их трудоустройства важно провести масштабное изучение репрезентативных выборок ЛСИ, работодателей и общественного мнения в целом, получив общую картину положения ЛСИ на рынке труда и выработать последовательность действий (с обязательным участием ОООИ), которые позволят улучшить занятость ЛСИ. Важно выработать многосторонние критерии эффективности (с обязательным учетом мнения ЛСИ) и распространить опыт успешных моделей ПЗ. Показатели должны быть уточнены. Дихотомию «да / нет» в ИПР важно дополнить оценкой вида, количества и качества труда: неквалифицированная, «промежуточная» работа или в особых условиях, на неполную или полную ставку, выделить добровольческую деятельность, указать доход и соотнести его со средней начисленной зарплатой в

отказ; 2) *статистическая дискриминация*: работодатель вычеркивает ЛсИ из «листа ожидания» так как ЛсИ якобы работают менее эффективно, чаще временно нетрудоспособен, менее «предсказуем», чем физические инвалиды; 3) *дискриминация по требованию*: работодатель завышает критерии для определённой работы под предлогом сохранения «стандарта» рабочей силы; 4) *чистая дискриминация*: работодатель отказывает в работе *всем* ЛсИ, потому, что «ненормальный» не справится с этой работой или создаёт «большие проблемы» для себя самого, или он предубеждён против «ненормальных»; 5) *дискриминация, оправдывающаяся социальной политикой*: работодатель не принимает ЛсИ под предлогом, что у них уже есть доход (пенсия); 6) *дискриминация «по возражению других»*: работодатель не принимает на работу ЛсИ, так как его работники отказываются трудиться рядом с «больным». Юридические трудности при оформлении документации и объяснения с трудовой инспекцией по поводу условий работы ЛсИ.

Кураторы (по самоотчетам) сталкиваются с рядом проблем: нестабильное психическое состояние (неконтролируемое поведение); остаточные симптомы (постпсихотическая депрессия); злоупотребление ПАВ, побочные действия лекарств, препятствующие трудовой деятельности и стигматизирующие больного; завышенные притязания к труду (оплата, восстановление профессии после значительного перерыва); устройство высококвалифицированных работников проблематично и/или отставлено; неустойчивая мотивация к трудовой деятельности; боязнь потери инвалидности и связанных с ней льгот («ловушка пенсии»); неспособность к взаимодействию в совместном труде; низкий уровень вспомогательных трудовых навыков пациента: пунктуальность, опрятность, структурирование времени (умение отдыхать); позиция близких больного (гиперопека); скептическая позиция врачей ПНД и МСЭ («запрет на труд»), предубеждение работодателя и сотрудников, требования к работнику и условия труда, не соответствующие возможностям инвалида. Пациенты и их семьи не доверяют выверенной информацией о пользе ПЗ. Распыление усилий куратора, перегрузка (дополнительные обязанности), «выгорание», недостаточная подготовка.

---

## Вместо предисловия

«Работа по душе утоляет боль»

Шекспир

... 1914 год. Россия. Авиатор, спортсмен, краса Одессы Сергей Уточкин после психоза пытается устроиться на завод: «Я готов работать рабочим, но клеймо безумца умрет вместе со мной, и никакими доказательствами я не реабилитирую себя».

... 2012 год. Россия. Определенные подвижки в законодательстве, опыт межведомственного взаимодействия (в Вологодской, Омской, Оренбургской Свердловской областях, Ставропольском крае) с участием местных отделений ООИИ. Привели к пока робкому изменению отношения «здорового большинства» к трудящимся и учащимся инвалидам, желающим жить «как все», а не просто «получать» пенсию.

О том, как помогают возвращению к обычной жизни людям с психическими проблемами подходы целевого трудового восстановления, о первых успехах и барьерах на пути нужного дела – наша брошюра, объединившая специалистов разных профессий и представителя общества самопомощи.



## Терпение и труд

*«Работа по душе утоляет боль»*

*Шекспир*

Судя по опросу членов ООИ «Новые возможности» (до 80% – молодые, до 35 лет, инвалиды вследствие психических расстройств) в 15 регионах России, они считают, что государство не уделяет им достаточного внимания («откупается пенсией, чтобы с глаз долой»), а психиатрическая помощь за «борьбой с симптомами» мало замечает реальные нужды пациентов. Однако право на учебу и работу в обычных условиях молодые инвалиды полагают непременным условием своего социального восстановления (выздоровления).

Пока же каждый десятый землянин – инвалид. В России более 10 млн. инвалидов; четверть из них – трудоспособного возраста, каждый третий хотел бы, но не работает или не учится. Психические расстройства – ведущая причина инвалидности в экономически развитых странах. Ежегодно в России 50 тысяч человек становится инвалидами в связи с психическим недугом (не считая выраженной умственной отсталости, когда инвалидность обычно с детства) и присоединяются к миллионной армии психиатрических инвалидов в стране; 70% инвалидов – трудоспособного возраста.

Большинство лиц с инвалидностью (ЛсИ) не обучено самостоятельно отстаивать права гражданина, включая право на труд и образование, в результате они исключены из общественной жизни. Основная причина этого не только в их забытых и не востребованных годами профессиональных навыках. У проблем незанятости большинства молодых людей с психическими проблемами и инвалидности общая основа, ведь инвалидность традиционно рассматривается только как ограничение или противопоказание к труду, а вжиться в роль больного (инвалида) проще, чем соответствовать жестким требованиям открытого рынка труда.

Ведущие (до 90%) в суммарном бремени тяжелых психических расстройств социальные потери (в основном в связи с длительной не-

трудовую интеграцию ЛсИ. Организаторы психиатрических служб не заинтересованы в доказательно эффективных программах ПЗ или не информированы об их преимуществах, не ценят или не верят в результаты, опасаются первоначальных затрат. Если они не желают перемен, маловероятно, что их подчиненные их пожелают. Врачи отговаривают пациентов от работы, полагая, что сопутствующий ей стресс приводит к ухудшению состояния, но не учитывают стрессогенное влияние незанятости. Плохая практика управления тормозит развитие ПЗ. Программные изменения внедрены как насаждаемые извне идеи, а не как результат процесса, включающего участие клиницистов, ответственных за желаемые изменения в деле занятости ЛсИ. В этих случаях практики (врачи ПНД) воспринимают внедрение модели как критику и обесценивание их рутинной работы. Существующие реабилитационные отделения не занимаются систематическим планированием ПЗ, соответствующим нуждам пациентов. Дефицит лидеров среди организаторов программ. Члены бригады не использованы эффективно, если у них нет времени и ресурсов (в т.ч. и душевных) для выполнения обязанностей и/или их функциональные обязанности не определены.

Нет систематического многостороннего контроля результатов ПЗ для поощрения деятельности успешных программ и распространения их опыта. Семьи ЛсИ и они сами стигматизированы и стигматизируют себя, находятся в неизбывном отчаянии, годы инвалидности и/или длительная госпитализация, домашний лазарет во главе с чрезмерно опекающими близкими (их никто не учил, что чрезмерная вовлеченность в болезнь опасна и для их близкого, и для них самих) пестуют «выученную беспомощность» больного, смирившихся с бедой больных и их близких страшит все новое (будь то новые лекарства или программы реабилитации). Как следствие, у них развивается пассивная (примиренческая) жизненная позиция («мой больной» не кидает в меня топором как раньше, ну и хорошо, пусть спит 18 часов в сутки), а еду я ему и в постель принесу). ЛсИ не борется в итоге со своей участью во многом вследствие ограниченного или отрицательного социального опыта, не имея при этом союзников и советчиков.

Варианты *дискриминации* при устройстве на работу ЛсИ разнообразны: 1) *психологическая дискриминация*: работодатель неохотно принимает заявление, и инвалид поскорее уйдет, заведомо ожидая

профессиональной реабилитации ИПР лишь медицинские составляющие условий труда ЛсИ, возможен подбор подходящей по состоянию здоровья профессии, но не трудоустройство. Отсутствие мероприятий профессиональной реабилитации в федеральном перечне и регионального перечня реабилитационных мероприятий позволяет при формальном и неполном составлении ИПР игнорировать ПЗ. В законах и ИПР содержание специального рабочего места для инвалида не прописано. Минимальное количество таких мест устанавливается органами исполнительной власти субъектов РФ для каждого предприятия, учреждения, организации в пределах квоты для ЛсИ. Сотрудники бюро МСЭ и работники СЗН не знают, что собою представляют «специальные условия труда» для ЛсИ как условия их эффективной работы. Сотрудники СЗН могут обозначить потребности человека в услугах профориентации, профобучения /переобучения, содействия в трудоустройстве, но создание специальных условий труда вне поля их ответственности. СЗН выявляют (но не развивают) мотивацию, интересы, возможности и ограничения ЛсИ, не создают специальные условия труда без государственных программ и специалистов; методических рекомендаций, программ подготовки сотрудников СЗН для работы с индивидуальными потребностями ЛсИ при трудоустройстве. Недостаточно знать возможности здоровья ЛсИ, нужны данные о профессиональных навыках и сопутствующих социальных факторах. Список специальностей и профессий, противопоказанных ЛсИ в соответствии с медицинским заключением препятствует его трудоустройству. ЛсИ нуждается в привязке к конкретному месту работы к выполнению обозначенных служебных обязанностей и, в определении социальных факторов, способствующих или препятствующих труду. Порядок определения ОСТД и установления размера государственных социальных выплат снижает мотивацию ЛсИ к труду. Без чёткого определения потребности ЛсИ в специальных условиях труда, нормативов, трудовой потенциал большинства ЛсИ не востребован. Обучать инвалидов новым профессиям в специальных учреждениях легче, чем трудоустраивать, если качество обучения не связано с долей реально трудоустроенных по полученной профессии. Отсутствие подходящих условий труда; правовой и мотивационной базы для работодателей, неподготовленность сотрудников МСЭ и СЗН, педагогов и иных специалистов, работающих с ЛсИ; взято-равнодушное общественное мнение тормозят социально-

трудопособностью), насущные потребности ЛсИ и их близких указывают важность объединенных усилий профессионалов различных ведомств и ООИ в деле возможно более полного личностно-социального восстановления больных.

## Правовой ликбез

*Занятость граждан* (ФЗ «О занятости населения в Российской Федерации», ст. 1) – деятельность граждан, связанная с удовлетворением личных и общественных потребностей... и приносящая... заработок.

*Занятые граждане* (ст. 2) – работающие по трудовому договору ... на условиях полного либо неполного рабочего времени, а также имеющие иную оплачиваемую работу ...

*Классификатор занятий* (Постановление Госстандарта России от 30.12.93 № 298) профессии рабочих и должности служащих подразделяет по видам трудовой деятельности на девять укрупнённых групп. 1. Руководители (представители) органов власти и управления, включая руководителей учреждений, организаций, предприятий. 2. Специалисты высшего уровня квалификации. 3. Специалисты среднего уровня квалификации. 4. Служащие, занятые подготовкой информации, оформлением документации, учётом и обслуживанием. 5. Работники сферы обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли и родственных видов деятельности. 6. Квалифицированные работники сельского, охотничьего хозяйств, рыболовства и рыбоводства. 7. Квалифицированные рабочие крупных и мелких предприятий, художественных промыслов, строительства, транспорта, связи, геологии и разведки недр. 8. Операторы, аппаратчики, машинисты установок и слесари-сборщики. 9. Неквалифицированные рабочие.

*Рабочее время* (ТК РФ от 30.12.2001 г. № 197-ФЗ, разд. IV, гл. 15, ст. 91) – время, в течение которого работник в соответствии с правилами внутреннего трудового распорядка и условиями трудового договора должен исполнять трудовые обязанности... Нормальная продолжительность рабочего времени не превышает 40 часов в неделю.

*Сокращенная продолжительность рабочего времени* (ТК РФ ст. 92), не более 35 часов в неделю, установлена для работающих ЛсИ.

*Неполное рабочее время* (ТК РФ ст. 93). По соглашению между работником и работодателем могут устанавливаться при приеме на работу и впоследствии неполный рабочий день (смена) или неполная рабочая неделя.

*Тяжело психически больной* страдает хроническим (не менее двух лет) психическим расстройством с выраженным снижением психосоциального функционирования, тяжесть расстройства осложнена незанятостью. Медико-социальная экспертиза (МСЭ), согласно законодательству, оценивает все аспекты ограничений жизнедеятельности ЛСИ, включая способность к труду, формирует перечень конкретных мер, услуг и мероприятий, позволяющих решать его медико-социальные проблемы. Постановление Правительства РФ не определяет состав комиссии МСЭ, фактически представленной специалистами медицинского профиля, и основными факторами ограничения трудоспособности становятся связанные со здоровьем ЛСИ.

*Инвалидность*: предусмотрено временное (на срок не более пяти лет и с правом переосвидетельствования) признание гражданина непригодным (например, вследствие психического расстройства) к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности на основании Перечня противопоказаний, утвержденного Правительством РФ (Закон «О психиатрической помощи гражданам...»). Так, противопоказаны ЛСИ повышенные (пониженные) уровни нервно-психических нагрузок (сенсорные, эмоциональные, интеллектуальные, монотонность, работа в ночную смену, с удлинённым рабочим днём.<sup>1</sup> Критерием определения инвалидности служит социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, но классификация инвалидов в зависимости от группы инвалидности не указывает спектр услуг, необходимых для их успешного трудоустройства.

---

<sup>1</sup> Учебно-методическое пособие «Профессиональная реабилитация инвалидов». Министерство труда и социального развития Российской Федерации совместно с Федеральным научно-практическим центром медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, 2003.

ЛСИ к работодателям за отказ в приёме на работу. «Мертвые» нормы законодательства. Несмотря на законодательную базу, в РФ ЛСИ – одна из наименее защищенных социальных категорий. Представители государственных организаций действуют на основании подзаконных актов, многие подзаконные акты положительной направленности носят рекомендательный характер и не подлежат обязательному исполнению. Обучение ЛСИ новым профессиям с гарантированным трудоустройством («обучение ради обучения»); резервирование рабочих мест по профессиям, подходящим для ЛСИ не подкреплены нормативно-правовыми актами. Многие нормы «мертвые», т.е. практически не работают. Цели ФЗ «О социальной защите инвалидов...» не подкреплены действиями и программами в связи с недостаточным вниманием к теме и нехваткой специалистов. Последние же не востребованы государственными структурами, нет программ их подготовки. По квоте ФЗ даже 5% теоретически могут трудоустроиться 50 тысяч ЛСИ на 1 млн. работающих. Без жесткого контроля и наказания работодатели принимали на работу «мертвые души» ЛСИ с минимальной оплатой труда, но теперь ФЗ не предусматривает «штраф» работодателю за нетрудоустроенного ЛСИ в счёт квоты. Нормы квотирования теперь не охватывают малый бизнес (численность сотрудников организации, подпадающей под квотирование, повышена до 100). В ряде регионов РФ есть законы «О квотировании...», а механизма их реализации и контроля нет. Реабилитационные службы не развиты, не финансируются согласно потребностям пациентов. Врачи МСЭ составляют список медицинских противопоказаний (профессий), но формирование профессиональной составляющей карты ИПР вне их компетенции. МСЭ фактически выдает полупустой бланк ИПР – без определения условий труда ЛСИ. ИПР задуман не только инструментом социальной защиты государства ЛСИ, но и навигатором ресоциализирующих мероприятий, однако там больше указаны противопоказанные для ЛСИ условия труда, чем нужные для успешного труда. Записи в ИПР следует считать не догмой, но рекомендациями: ИПР не должна выступать способом дискриминации ЛСИ. Общие критерии оценки трудового потенциала и единые процедуры классификации потребностей в зависимости от объективного состояния их психических возможностей ЛСИ не должны препятствовать индивидуализации специальных условий их труда в определении конкретных мер для данного человека в рамках данной вакансии. Пока в разделе



Итак, следующие характеристики пациентов важны для ПЗ: труд полагается значимой целью (90% устроенных); трудовой стаж (80%). Конструктивный тип приспособительного поведения у 75% работающих на обычном производстве против 25% работающих в ЛТМ. Результаты ПЗ зависят не только от индивидуальных характеристик ЛСИ и факторов болезни или самой программы ПЗ, но от местных социально-экономических условий и ограничений рынка труда. В большинстве регионов РФ, где апробированы программы ПЗ, открытый рынок труда насыщен.

**Улучшение эффективности программы ПЗ** (по опросу членов бригад) возможно при лучших медицинских и социальных ресурсах помощи; эффективном руководстве, общем взгляде на проблему пациента; распределении обязанностей («зон ответственности»), индивидуализированном поддерживаемом трудоустройстве, обучении социальным навыкам «в жизни», психосоциальной работе с пациентами с обязательным привлечением их близких с упором на управление болезнью и лечением. Приоритеты ПЗ – возможно большее социально-личностное восстановление пациента; совместное обучение членов бригады и их коллег из ЦЗН и социальных служб. Специальные рабочие места для ЛСИ могут и должны создаваться на обычных предприятиях, что требует создания специальных условий труда, которые должны эффективно решать организационно-социальные проблемы ЛСИ. Необходимо введение специалистов по профориентации (они были упомянуты в предыдущем Постановлении). В сложившихся обстоятельствах ИПР стоит ограничить определением медицинских ограничений ЛСИ, а конкретные услуги и мероприятия детализируют члены реабилитационной бригады и обеспечат их исполнение. Статья закона позволяет реальное участие полномочных представителей ООИ в подготовке и принятии решений о сопровождении профессиональной адаптации инвалида при ПЗ.

**Барьеры** реализации права ЛСИ на труд и и развития ПЗ, в частности, отмечены на ряде уровней: государственном и местном, программном (отсутствие подготовленных кадров и следования принципам модели), клиницистов, пациентов и их близких. Отсутствие чётких процессуальных механизмов и неразвистость судебной системы влекут фактическое отсутствие прецедентов предъявления претензий

Степени ограничения способности к трудовой деятельности (инвалидности)	Подходы к вопросу трудовой занятости
III – способность к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема производственной деятельности, невозможности выполнения работы по своей профессии.	Открытый рынок труда и квотирование рабочих мест.
II – способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях и / или специально оборудованного рабочего места, с помощью других лиц (выделено авт.).	Поддерживаемое трудоустройство, специальные рабочие места и специализированные предприятия
I – неспособность к трудовой деятельности	Лечебно-трудовая терапия в специализированных подразделениях учреждений здравоохранения и социальной защиты

III и II группы означают трудоустройство ЛСИ на основании трудового договора с работодателем и лишь I – лечебно-трудовую занятость инвалида. До 80% ЛСИ в связи с тяжелыми психическими расстройствами – I и II группы. ИПР (ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», ст. 11, приказ Минздравсоцразвития РФ от 4.08.2008 г. № 379н) – разработанный МСЭ обязательный комплекс оптимальных реабилитационных мероприятий, включающий отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности. В перечень ограничений жизнедеятельности, важных для трудоустройства, входят способности к трудовой деятельности, общения, обучения, контроля поведения.

*Специальные условия труда*, важные для ЛСИ в связи с психическим расстройством, означают изменение графика работы и адаптацию служебных обязанностей под его индивидуальные возможности, «помощь других лиц» из определения II степени инвалидности.

## Нормативно-правовое обеспечение занятости инвалидов.

Важность труда как основной цели психосоциальной реабилитации человека заявлена на международном, государственном, системном уровнях, озвучена в программах ООИ. *Конвенция о правах инвалидов (резолюция 61/106* Генеральной Ассамблеи ООН от 13.12.2006 г.) – самый значимый международный документ XXI века в деле защиты прав ЛСИ.

Россия подписала Конвенцию 24.09.2008 г. Документ направлен на включение любого ЛСИ в общественную жизнь, защиту, поощрение и обеспечение прав, включая право зарабатывать на жизнь, наравне с другими, на открытом рынке труда, работой, которую ЛСИ свободно выбрал или на свободно согласился, в условиях *доступной для инвалидов* (выделено авт.) производственной среды). Государства-участники обеспечивают и поощряют реализацию права на труд ЛСИ путем принятия, в том числе в законодательном порядке, ряда надлежащих мер *a)* запрещение дискриминации по признаку инвалидности в отношении всех вопросов, касающихся всех форм занятости, включая условия приема на работу, найма и занятости, сохранения работы, продвижения по службе и безопасных и здоровых условий труда; *b)* защита прав инвалидов наравне с другими на справедливые и благоприятные условия труда, включая равные возможности и равное вознаграждение за труд равной ценности, безопасные и здоровые условия труда, включая защиту от домогательств, и удовлетворение жалоб; *c)* обеспечение того, чтобы инвалиды могли осуществлять свои трудовые и профсоюзные права наравне с другими; *d)* наделение инвалидов возможностью эффективного доступа к общим программам технической и профессиональной ориентации, службам трудоустройства и профессиональному и непрерывному обучению; *e)* расширение на рынке труда возможностей для трудоустройства инвалидов и их продвижения по службе, а также оказание помощи в поиске, получении, сохранении и возобновлении работы; *f)* расширение возможностей для индивидуальной трудовой деятельности, предпринимательства, развития кооперативов и организации собственного дела;

*Прогноз эффективности программы. Отбор участников программы: связанные с пациентом и позицией бригад предикторы результатов занятости.* Сравнение самоотчетов кандидатов в программу с оценкой членов бригад показал, что желающие занятости в 40% случаев нуждались сначала в подборе лекарств для укрепления и углубления ремиссии; треть из них нерегулярно принимала психотропные лекарства, в связи с чем в психосоциальной работе для укрепления приверженности к лечению как обязательного условия достижения кандидатами лично значимой цели – трудоустройства. Треть (35%) кандидатов выявила неотложное намерение трудоустроиться с помощью бригады в ближайшие полгода; 15% выявили неустойчивое намерение и отложили решение на следующее полугодие. Остальные не были склонны менять положение занятости и требовали особых психосоциальных мотивационных вмешательств. Решение самостоятельно обратиться за помощью связано с молодым (до 35 лет) возрастом и «стажем» (до 5 лет) инвалидности. В 35% случаев члены бригады полагали, что желание пациента включиться неотложно в программу ПЗ преждевременно. В большей мере на принятие решения о включении в программу влияет стабильное (на фоне лекарств) психическое состояние пациента (65%) и в меньшей мере, его настрой на труд (25%). Согласие пациентов и их врачей достигнуто в 65%, но мнение первых учтено лишь в трети случаев. Психическое состояние было важным для 20% пациентов, но 70% кандидатов связывали улучшение здоровья с полезным трудом. Опыт работы на обычном предприятии за последние 5 лет (хотя бы 1-3 месяца) и хорошее бытовое функционирование пациента влияют на решение бригад. Участники программы с трудовым опытом и умеренными социальными запросами имеют вдвое больший шанс найти работу в первые полгода, чем «совсем неопытные» (25% кандидатов программы ПЗ) и/или удержаться на ней более полугодя. В первые полгода программы 70% пациентов в хорошей ремиссии (стойкое послабление симптомов) с активным намерением трудоустроиться и невысокими запросами приступили к работе (в 70% случаев малоквалифицированной) против 25%, намеревавшихся трудоустроиться «позднее». Актуальная потребность в труде как жизненно важной цели пациента в ремиссии не менее 6 месяцев важна для эффекта ПЗ.

– поскольку они замечали не только проблемы, но и способности сына. А и я помогала сыну выполнять домашние задания.

И всё же учёба сына не была для меня самоцелью. Важнее, что он при деле, у него ощущение перспективы, что он (со сложностями) общается с людьми вне дома. Учёба организовывала его жизнь, давала ей ритм (пусть неинтенсивный). И положительные результаты этой терапии я видела – при всех никуда не девшихся проблемах.

Имея взгляд на учёбу сына как на процесс – жила сегодняшним днём. Пусть у него будет хотя бы незаконченное образование. Но он дошёл до диплома – и случилось чудо! А может быть, сработал мой давний принцип: «Раскладывайте костёр, а искра упадёт с неба». Искра возникла, приняв земной облик преподавателя. Я пришла в учебную часть, и этот преподаватель сказал, что хочет стать руководителем диплома сына – ему нравится, как тот относится к делу, хочет учиться. И он по душевной доброте чрезвычайно помог сыну. Без этой помощи диплом не был бы написан и защищён. Дело в том, что сыну трудно говорить на людях, а на защите было бы волнение и вредная нервотрёпка. Так чудесный преподаватель убедил дипломную комиссию, что можно защищаться заочно: есть диплом, положительная рецензия на него, написанная сыном речь для защиты. А мальчик пусть остаётся дома и не нервничает. Оказывается, правила это разрешают. Так сын защитил диплом на четвёрку.

Что будет дальше? Не знаю. С работой сложно. И работа будет, скорее всего, эпизодически. Но какую-то опору (хотя бы моральную) завершённое образование, надеюсь, даёт сыну.

Ну, а я? Как обычно, буду пытаться «раскладывать костёр». Упаси Бог, никак не в пожароопасных лесах. А в нашей с сыном жизни. *Ирина.*

**Нежелательные эффекты ПЗ:** работа (учеба) – источник возможного дистресса, опасных для ЛсИ с низкой стрессоустойчивостью. У 10% стабилизированных участников программы отмечены рецидивы (обострения), чаще (80%) в первые 3 месяца работы при повышенных требованиях к ним. Ухудшение состояния требовало интенсификации помощи (госпитализации в трети случаев, повышение доз психотропных препаратов, учащение визитов в ПНД и поддерживающих психотерапевтических бесед с членами бригады, включая куратора). Треть работающих ЛсИ вынуждена была затем уволиться.

g) наем инвалидов в государственном секторе; h) стимулирование найма инвалидов в частном секторе с помощью надлежащих стратегий и мер, которые могут включать программы позитивных действий, стимулы и другие меры; i) обеспечение инвалидам разумного приспособления рабочего места; j) поощрение приобретения инвалидами опыта работы в условиях открытого рынка труда; k) поощрение программ профессиональной и квалификационной реабилитации, сохранения рабочих мест и возвращения на работу для инвалидов.

Согласно руководящему документу ООН «Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи» (резолюция Генеральной Ассамблеи ООН 46/119 от 17. 12.1991 г.), «Любое психически больное лицо имеет право на осуществление всех гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав, признанных во Всеобщей декларации прав человека...».

*Антидискриминационное законодательство* десятков стран-членов ООН гарантирует гражданам равные возможности в занятости, а снижение производительности труда инвалида (потому он и инвалид) обусловлено нередко неприспособленностью рабочего места (условий труда) нуждам такого человека. Отсюда 1) работодатель обязан выплачивать равную зарплату за равноценную работу независимо от производительности труда ЛсИ (что в реальности вряд ли осуществимо); 2) работодатель получает субсидию для компенсации разницы в производительности труда; 3) возможны доплаты ЛсИ для компенсации более низких заработков, 4) нужно специальное обучение ЛсИ и помощь при устройстве на работу и для удержания на ней.

*Конституция РФ* устанавливает равенство прав и свобод человека и гражданина. Состояние здоровья не может служить основанием дискриминации, а ограничения прав психически больных должны быть обоснованы. Гарантирована возможность получения образования. Каждый имеет право свободно распоряжаться своими способностями к труду, выбирать род деятельности и профессию.

*Закон «Об образовании»* предусматривает установление специальных стандартов, внеконкурсный прием в учреждения среднего профессионального и высшего образования, индивидуальные учебные планы.

*Закон «О занятости населения в Российской Федерации»* определяет правовые, экономические и организационные основы государственной политики реализации конституционных прав граждан на труд.

В Трудовом Кодексе РФ (30.12.2001г. № 197-ФЗ) закреплён ряд льгот для ЛсИ, запрещена дискриминация в сфере труда, работодатели обязаны создавать условия труда, согласно ИПР.

*Закон «О социальной защите инвалидов в РФ»* определяет федеральный перечень реабилитационных мероприятий за счёт федерального бюджета (ст.10): специальные профессиональные образовательные учреждения или соответствующие условия в учреждениях общего типа и для предпринимательской деятельности; обучение новым профессиям; резервирование рабочих мест по профессиям, подходящим для ЛсИ; стимулирование создания дополнительных рабочих мест.

*Установление квоты (2-4%) для приема на работу ЛсИ* (ст.21) должно повысить конкурентоспособность ЛсИ (ст.20).

*Специальные рабочие места* для трудоустройства ЛсИ (ст.22) – требующие дополнительных мер по организации труда с учетом индивидуальных возможностей инвалидов. *Условия труда инвалидов* (ст.23) определены ИПР. У инвалидов I и II групп продолжительность работы не более 35 часов в неделю с сохранением полной оплаты труда<sup>2</sup>. ЛсИ предоставляется ежегодный отпуск не менее 30 календарных дней.

*Права, обязанности и ответственность работодателей* в обеспечении занятости ЛсИ (ст.24). Работодатели в организациях независимо от организационно-правовых форм и форм собственности обязаны 1) создавать или выделять рабочие места для трудоустройства инвалидов<sup>3</sup>; 2) создавать инвалидам условия труда в соответствии с ИПР; предоставлять информацию, необходимую для организации занятости инвалидов.

<sup>2</sup> См. также ТК РФ ст. 93.

<sup>3</sup> *ФЗ «О занятости населения в Российской Федерации»* (ст. 25): Работодатели содействуют проведению государственной политики занятости населения на основе соблюдения установленной квоты для трудоустройства инвалидов;

Почему нужна была учёба, тем более – высшее образование? Не из соображений престижа. Если бы он мог найти свою «нишу» в рабочей специальности, было бы надёжнее. Но руки у него не те. А интеллектуальные способности сохранил. Профессию мы вместе выбрали потому, что в письменном переводе работа индивидуальная, что важно при трудностях в общении. И у него склонности, языковое чутьё.

После школы он оказался без дела, без цели, без (кроме семьи) общения. С работой (неквалифицированной) ничего не получалось. Из средних учебных заведений в городе ни одно не подходило. Мы выбрали негосударственный институт, поскольку там была надежда на необходимый сыну щадящий режим обучения. Он хорошо прошёл экзаменационное тестирование и начал учиться. Но уже через полгода, видимо, сказалась усталость – он стал учиться всё хуже и хуже. И ему пришлось уйти из института. А я на примере первой нашей – неудачной – попытки могу подтвердить мысль: по отношению к больному члену семьи необходим (сложно!) баланс опеки и свободы. Об этом я не раз слышала на семинарах «Новых возможностей». В нашем опыте учёбы сына баланс сместился: опека оказалась недостаточной, а свободу я переоценила. Я следила за его учёбой, общаясь с куратором группы. Разговаривать с преподавателями казалось ненужным и, главное, неудобным. А куратор (очень хорошая женщина), как выяснилось, не всегда была в курсе учебных дел сына. В результате у него постепенно накопилось много задолженностей. Да и руководитель ВУЗа относился к нему без восторга. Пришлось уйти.

Но судьба благоволила к тому, чтобы он учился на переводчика. Сын устроился разносчиком газет, а я, в отпуске, ему помогала. И однажды мы увидели рекламу об открытии переводческого отделения в другом негосударственном ВУЗе! Туда он и поступил. И с этим ВУЗом нам очень повезло. Отношение там к сыну было действительно щадящим – не только в плане учебной нагрузки, но и в моральном отношении. А я держала постоянный контакт с преподавателями и деканатом. Если сын не сдал экзамен, и ему не сказали сразу, что делать дальше, я выясняла, когда можно пересдать и что надо учить. Вначале я стеснялась, но постепенно стала чувствовать, что ничего унижительного или неудобного в этом нет. Преподаватели – сами в большинстве своём родители – прекрасно меня понимали и, видя, что сын у меня особенный, не считали мою заботу излишней опекой. И шли навстречу. А меня разговоры с ними неожиданно поддерживали

моши и социального эффекта. Ежегодные затраты на участника ПЗ не больше, чем при «обычной» психосоциальной реабилитации, не ориентированной на трудоустройство. С учетом размеров валового регионального продукта на душу населения каждый трудоустроенный многократно компенсирует медицинские потери.

### Результаты поддерживаемого обучения.

В первые 5 лет тяжелого психического расстройства учатся менее трети пациентов, затем – 10%. До 70% молодых инвалидов считают специальные образовательные учреждения для ЛСИ не престижными, не дающими перспектив для последующего трудоустройства и дополнительно стигматизирующими. Получение образования не гарантирует ЛСИ соответствующей должности: 15% выпускников ВУЗов работают на соответствующей должности, 60% выпускников ВУЗов и средних специальных учебных заведений без работы. Более 20% участников программы ПЗ учатся в средних специальных и ВУЗах. Продолжают или завершили обучение 75% тяжело больных, половина из них работает по профессии. Завершила обучение треть пациентов, половина из них работает по специальности, но чаще (60%) на дому (переводчики, научные сотрудники, преподаватели иностранных языков) или на половине ставки. Ценят возможности индивидуальной программы обучения 70% участников программы. Увеличена доля начавших учение за 6 и 12 месяцев программы.

Примером успешного обучения молодого инвалида (обычно это «личный подвиг пациента и его близких») стала невыдуманная история из Ярославля (опубликовано в газете «Новые возможности» № 21 за 2010 год).

... **Мой сын** в этом году стал дипломированным переводчиком с английского языка. Надеюсь, что диплом в какой-то степени защитит его. Ведь он, как большинство людей с проблемами психического здоровья, – не защищён от превратностей жизни. Ему трудно (и не хочется) общаться с людьми, он погружён в свой мир. Часто в нервном напряжении, быстро утомляется. Но, как все, хочет прожить единственную жизнь полноценно. И очень хочу этого я, его мама. И пытаюсь по возможности помогать.

*Право инвалидов на создание общественных объединений* (ст. 33). Федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов РФ, организации привлекают представителей ООИ для подготовки и принятия решений, затрагивающих интересы инвалидов. Решения, принятые с нарушением этой нормы, могут быть признаны недействительными в судебном порядке.

*Закон «О психиатрической помощи гражданам»* гарантирует социальную защиту (ст. 16) в виде содействия в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами. Государство берет на себя ряд обязательств, в том числе, обеспечение облегченных условий труда для таких лиц; установление для них квот рабочих мест<sup>4</sup>; применяет методы экономического стимулирования для предприятий, учреждений и организаций, предоставляющих рабочие места психически больным.

Правовая основа реализации права на образование и труд инвалидов с психическими расстройствами заложена в законах РФ, отчасти дублирующих друг друга. Российское законодательство прогрессивно и без особого закона о запрете дискриминации ЛСИ при трудоустройстве. Вся беда, что статьи закона «не работают» в должной мере из-за отсутствия системы профессиональной реабилитации и трудоустройства данной категории ЛСИ.

### Инвалид ищет и находит работу: трудности и решения

Уникальна роль труда в жизни большинства людей как средство существования, социальная позиция, возможность развития навыков и социальных контактов. Помимо заработка, работа говорит человеку и миру, кто он и на что он способен.

*Обычная занятость психически больных* в развитых экономически странах не превышает 10-30%. При выделении тяжело больных<sup>5</sup> вернее нижний полюс оценки. Менее трети пациентов ПНД трудится, половина – со снижением квалификации. Хотя каждый четвертый молодой инвалид время от времени поднимает вопрос о трудоустрой-

<sup>4</sup> См. также ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ»

<sup>5</sup> Тяжесть расстройств определена стойкостью социально-трудовых нарушений больных



стве в беседе с лечащим врачом, в специализированном Отделе содействия занятости инвалидов СЗН Москвы на учете 114 психически больных (0,3% ЛсИ трудоспособного возраста). Для сравнения – на учете того же отдела состоят 1,6% инвалидов в связи с физическими проблемами. ИПР имеют при обращении менее четверти соискателей работы. Средний срок получения работы ЛсИ из-за психических расстройств (треть трудоустроено) 1,5 года, тогда как для иных ЛсИ полгода. Наиболее часто ЛсИ рекомендованы профессии неквалифицированных рабочих при их образовательном уровне, сопоставимом с здоровыми сверстниками.

Сочетание связанных с болезнью, организацией лечения и поддержкой, микросоциальных и социальных факторов препятствует увеличению доли включенных в труд (учебу) ЛсИ, реализации гуманных принципов защиты их прав.

### **Новые возможности трудового восстановления инвалидов.**

*Трудовая реабилитация инвалидов* – последовательные шаги и процесс полного или частичного восстановления способностей ЛсИ к профессиональной деятельности с заключительным и устойчивым трудоустройством в целях социальной адаптации, достижения материальной независимости и интеграции в общество (ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», ст. 9). Направления восстановления ЛсИ включают профессиональную ориентацию, обучение и образование, содействие в трудоустройстве, производственную адаптацию с рекомендациями о противопоказанных и доступных условиях и видах труда.

*Психосоциальная реабилитация* – восстановление или формирование недостаточных или утраченных в результате психического расстройства навыков, знаний, умений – включает усилия различных специалистов и ведомств по трудоустройству и обучению, согласно возрасту и возможностям, хронически больных для достижения ими полноценной независимой жизни и благосостояния как обязательных условий социально-личностного выздоровления.

пенсация дефекта (шизофрении) отмечены в течение 1-2-х лет. Профессиональная помощь при ПЗ на каждом этапе занятости процесс компенсирует дефицит клиента в отличие от менее настойчивого реабилитационного подхода. Углубление и стабилизация ремиссии как основы личностно-социального восстановления происходит за счет осознанно-мотивированного соблюдения лекарственного режима («лекарства помогают обычно жить»), эффективного совладания (при занятости) с остаточными симптомами. ПЗ структурирует время пациента, уменьшает зависимость от психиатрических служб, снижает уровень чрезмерных эмоций в его семье. На фоне «нормализации» социальной сети поддержки, общего функционирования и независимости жизни, возможно, физического здоровья, происходит самоидентификация и повышение качества жизни, самооценки больного за счет чувства личного достижения, то есть в аспектах, полагаемых профессионалами и «потребителями» психиатрической помощи необходимыми на пути социального выздоровления. Важен антистигматизационный эффект успешной занятости больного. Каждый успешный пациент торит дорогу для трудоустройства следующему своим примером (используется в групповой психосоциальной работе с кандидатами на трудоустройство и разъяснительной работе с работодателями. Большая приверженность к лечению, частично следствие большей удовлетворенностью оказываемой помощи, способствует снижению уровня рецидивов (обострений) и риска повторного больничного лечения.

*Долговременный эффект программы* в целом благополучен: 60% ЛсИ устойчиво работают в обычных условиях в течение 1-2-х лет, отмечая поступательное повышение самооценки, расширение связей и улучшение навыков управления болезнью.

*Затратная эффективность* программы важна при доказательном выборе и приоритетном развитии программы в условиях стесненного финансирования психиатрических служб. Поддержка ЛсИ на обычном рабочем месте, создание специальных условий труда с учётом конкретной вакансии для ЛсИ обходится дешевле, чем содержание ЛТМ или устройство на работу после предподготовки в СЗН. Развитие программы ПЗ имеет долговременный ресурсосберегающий эффект за счет меньшей потребности в психиатрической по-

только у 30%, чаще – в антидепрессантах (50%). Облегчение симптомов отметили 70%, прилив «энергии» - 40%.

*Социальная сеть.* Улучшено общение с близкими (30%; данные подтверждены близкими респондентов, в свою очередь, менее критикующих и опекающих работающих пациентов), с друзьями (20%), что указывает на необходимость целевой психосоциальной работы с трудоустроенными.

*Качество жизни* 70% опрошенных участников программы в целом неизменна (жизнь высокого качества, видимо, не сводится только к труду), но улучшены самооценка у 60%, самоуважение – у 70%. Рост самоуверенности в повседневных делах, уверенности в завтрашнем дне, надежду на лучшее (показатель личностно-социального восстановления) отметили 50% опрошенных, напротив, усиление «беспричинной печали» 5%. Улучшение физического здоровья (самочувствия) отметили 20% при неизменном потреблении соматотропных препаратов. Треть пациентов отметила снижение употребления ПАВ (обычно спиртного, четверть респондентов – корректоров и бензодиазепинов при оптимизации фармакотерапии). Положительный эффект программы, в свою очередь, усиливает желание и потребность в работе.

Итак, большинство опрошенных сообщает о внутренних (связанных с хроническим расстройством и поддерживающим лечением) и внешних (связанных с организацией ПЗ) факторах, благоприятствующих обычной работе (ценимых ими):

1) эффективный лекарственный контроль остаточных симптомов и побочных действий лечения (мало различимые пациентами); 2) частичная занятость и индивидуализированная практическая и эмоциональная поддержка на рабочем месте. Устойчивое трудоустройство может способствовать облегчению симптомов (при оптимизации терапии и улучшении приверженности к лечению), росту самооценки.

*Успех программы* отмечен в социальной и гуманистической сферах при опосредованном смягчении и стабилизации симптоматики больных. Самоотчеты пациентов соответствуют данным врачей и их кураторов. Оценка ПЗ пациентами отражает их «ценности и потребности» и соотносится с их психологическим благополучием. Они эмпирически выделяют основные принципы модели ПЗ. Контроль и смягчение психотических симптомов при неизменной или облегченной психофармакотерапии (снижение доз лекарств) и активная ком-

В настоящее время в разных странах испытаны два подхода трудовой реабилитации ЛсИ вследствие психических расстройств.

*Поддерживающее трудоустройство* включает трудовую терапию ЛсИ, не имеющих возможности трудоустройства на местном открытом рынке труда по медицинским или иным обстоятельствам; их трудовое обучение и переобучение; последующее трудоустройство в обычных условиях как рабочих или служащих. Таковы задачи лечебно-производственного предприятия (Постановление Правительства РФ от 25.05. 1994 г. № 522, Закон «О психиатрической помощи...»). На специализированных рабочих местах ЛТМ происходит неспешное пошаговое обучение («класс, затем работа») обычно несложным навыкам труда в терапевтической среде, защищающей от дистресса реальной работы, за фиксированное, обычно символическое, вознаграждение. Разрыв с условиями обычного труда велик, и большинство ЛсИ не продвигается далее. В результате большинство пациентов избегает ЛТМ как предлагающие примитивные занятия «за обед». До 80% работников ЛТМ тяготеют к монотонным малоквалифицированным низкооплачиваемым вне зависимости от выработки и качества трудом, общением только с «такими, как они больными» (замыкающие в «мире больных»). Для ряда пациентов (с тяжелой умственной отсталостью) защищенная занятость – венец реабилитационных усилий, но она же питает внебольничный госпитализм в среде заниженных требований. Конечная цель создания специализированных рабочих мест на специализированном предприятии – содействие изменению положения и приспособление ЛсИ к условиям открытого рынка труда – не достигнута (успех у 1% ЛсИ).

Если трудоустройство на открытом рынке невозможно при тяжелой инвалидности, можно заменить занятость в ЛТМ созданием специальных рабочих мест на обычных предприятиях в рамках квоты в виде 1) индивидуального трудоустройства, 2) создания группы рабочих мест для ЛсИ, 3) мобильных бригад. «Идеальный» работодатель приспособливает рабочее место под известные ограничения ЛсИ: меняет условия занятости, обеспечивает общую и/или персональную помощь; старается сделать все рабочие места доступными для ЛсИ. Так, при «переходной занятости» в спеццехе обычного предприятия

ЛсИ обучают трудовым навыкам. Они получают временную (3-9 месяцев) работу, не требующую особой подготовки, на обычном предприятии, как правило, на неполный рабочий день под контролем медработников. Достижение отечественной промышленной психиатрии – реабилитационные бригады больных, вслед за ЛТМ прошедших этап временного трудоустройства под наблюдением медперсонала на пути к здоровому коллективу. Промежуточное трудоустройство предназначено для развития уверенности в своих силах больного, навыков постоянного труда и получения производственной характеристики. Полвека назад четверть больных шизофренией трудилась в лечебно-трудовых мастерских (ЛТМ) и спеццехах, в настоящее время 0,3% ЛсИ заняты в защищенных условиях.

Необходим единый Ресурсный центр профессиональной реабилитации, объединяющий врачей-экспертов, педагогов, медицинских психологов, работников СМИ, ЦЗН, юристов, социальных работников и специалистов. В этом случае будут решаться вопросы подготовки кадров (гос.заказ), информационного обеспечения (пропаганды), обучения без отрыва от потребностей рынка труда в специалистах и исполнителях, готовых составить конкуренцию здоровым. Государству необходимо предъявлять не требования и прошения, а проекты с точными расчетами, подготовленными менеджерами, юристами и экономистами. В том числе проекты малых предприятий, выведенных за территории ПНД, но патронируемых врачами – психиатрами, осуществляющих подготовку ЛсИ для работы на открытом рынке. Так, типографский кружок московского отделения ОООИ «Новых возможностей» есть прототип такого предприятия, только существующего благодаря подвижничеству ее участников.

**Поддерживаемое трудоустройство.** Вместо указанного выше подхода «обучение-место», когда пациент обучается «быть готовым» к обычной работе, ПЗ как подход «место-обучение» нацелен на развитие навыков взаимодействия ЛсИ с открытым рынком труда, рабочей средой и здоровыми сотрудниками. Однако большинство ЛсИ нуждается в щадящих условиях труда, по крайней мере, на первых

цев– 75%), работа с знакомыми людьми (50%), помощь сотрудников (куратора) в рабочих навыках (50%), дополнительное обучение на рабочем месте новым навыкам (65%), пробный период работы (1-3 месяца) полезен 70%. Для 60% важен положительный «имидж» предприятия и их служебных обязанностей, но лишь 55% готовы поменять работу на более престижную и оплачиваемую, боясь потерять уже завоеванные позиции. Помощь в контроле приема лекарств близкими ждут 20% респондентов, но 30% хотят изменить набор препаратов, чтобы облегчить побочные действия (не только неврологические, но в 20% – метаболические: повышение веса, к чему респонденты в здоровом окружении относятся болезненно) и «вялость» (70%); лишь 20% желающих изменения терапии озабочены психотическими симптомами («голоса») как мешающими труду. Больше сведений о льготах работающих инвалидов ждут 25% ответивших (70% боятся потерять пенсию и страшатся перевода на «более легкую» группу), что, возможно, указывает на хорошую информационную поддержку ПЗ. Лишь половина пациентов, работающих ранее в ЛТМ (2,5% выборки), отметила пользу опыта для дальнейшего трудоустройства в обычных условиях (в основном «выработка пунктуальности и усидчивости»). Большинство (80%) опрошенных полагает, что информация об их болезни препятствует трудоустройству, но в 60% случаев помогает удержанию на ней.

*Эмоциональная поддержка:* ободрение сотрудников (кураторов) 55%, особенно в начале работы (70%), при этом «объяснения опасности стресса на рабочем месте» помогут лишь 15%. Важна передача опыта успешных в работе пациентов (40%), но работу бок о бок (в группе) с «другими больными» приветствуют лишь 30%.

**2. Результаты вне сферы занятости,** «скрытые выгоды», не сводимые к материальным успехам и доходом.

*Регулярное (ежемесячное) посещение* ПНД достигнуто у 40% при сохранении частоты общения с куратором (50%), обычно раз в неделю, облегчение вызывающих наибольший дистресс побочных действий фармакотерапии: обычно острых неврологических расстройств (как неусидчивость) и чрезмерной сонливости, возможно, как признак не различаемой респондентами атипичной депрессии) (40%), меньшую потребность в госпитализации (70%) и длительности эпизода лечения. Увеличена потребность в психотропных лекарствах

Картина одинакова для трех степеней инвалидности при законодательной норме сокращенного рабочего времени для ЛсИ 3 и 2 степеней. ЛсИ часто нуждаются в сокращенном рабочем дне или гибком рабочем графике по состоянию здоровья, вероятнее всего это подтверждение негибкости российского рынка труда с недостатком мест с неполной и гибкой занятостью. Средняя зарплата ЛсИ без различий рабочего времени ниже, чем зарплата не инвалидов. Безусловно, не вся разница в оплате труда есть результат дискриминации, часть различий вызвана более низкой производительностью труда ЛсИ. Это обстоятельство усугубляет проблему их бедности и уязвимости.

Большинство (60%) пациентов занято на малоквалифицированной работе (сторож, дворник, подсобный рабочий, грузчик, уборщик), в торговле и сфере услуг (65%), в сельском хозяйстве (25%), в психиатрических учреждениях на 0,5 ставки в рамках федеральной программы совместно ЦЗН (10%). Работодатели терпимы к пациентам, так как они выполняют неквалифицированную работу. Были квалифицированными рабочими 20% ЛсИ (7-ая укрупнённая группа), специалистами высшего и среднего уровня были по 5% ЛсИ. Не произошло в течение двух лет наблюдения снижения профессионального уровня, видимо, в связи с изначально низким уровнем работы, но у 20% ЛсИ, напротив, произошел профессиональный рост, 25% стали работать более (на 20-30%) в течение недели и на столько же более зарабатывать.

**Факторы, способствующие работе.** Благоприятствующие работе условия, по мнению опрошенных участников программы следующие.

**Практическая поддержка:** помощь куратора в подборе работы (60%, что указывает на определенную не критичность трудоустроенных в своих возможностях или ретроспективную переоценку последних), работы «по возможностям» оценили лишь 30% (для большинства пациентов предложенная работа безальтернативна в связи с малой емкостью местного рынка конкурентного труда), при подготовке к собеседованию с работодателем оценили 40% из устроенных с его помощью, в подготовке необходимых документов (60%); важна помощь куратора для сохранения работы (50%; работающие до 6 месяцев – 70%); неполный рабочий день (65%; работающие до 6 меся-

порах (3-6 месяцев): в неполном рабочем дне, помощи близких, утренних сменах.

Создание **особых условий труда** означает, что место и график работы, служебные обязанности ЛсИ должны быть приспособлены под его возможности (удаленность работы препятствует трудоустройству ЛсИ, работа в ночные смены снижает эффективность его труда), возможно введение особого режима работы, дополнительных регламентированных перерывов.<sup>6</sup>

Необходимы 1) среда сочувствия, в которой ЛсИ чувствует себя нужным и равноправным здоровым сотрудникам; 2) индивидуальная работа с потребностями ЛсИ (в том числе, эмоциональная поддержка и обучение на рабочем месте), создающая психологические, мотивационные и социальные основы для избавления ЛсИ от комплексов при стремлении к самостоятельной, общественно полезной деятельности. Включение ЛсИ в открытый рынок труда решается изменением правил и созданием доступной инфраструктуры труда: для тяжело психически больных важна не архитектурная доступность (пандус) рабочего места, но терпимое отношение, избавление от стереотипов и предрассудков.

ПЗ – процесс последовательных действий при восстановлении (первичного формировании) трудового положения каждого ЛсИ:

- 1) оценка трудовых навыков и умений;
- 2) наличие предпосылок к осуществлению трудовой деятельности;
- 4) поиск работы;
- 5) трудоустройство;
- 6) обучение трудовым навыкам;
- 5) сохранение работы (профилактика увольнения).

Модель сочетает комплексность практических услуг ЛсИ и работодателям с индивидуальностью подхода к созданию условий труда для конкретного ЛсИ в рамках определённой вакансии.

<sup>6</sup> Учебно-методическое пособие «Профессиональная реабилитация инвалидов», Министерство труда и социального развития РФ совместно с Федеральным научно-практическим центром медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, 2003.



## Принципы и составные части поддерживаемой занятости

определены в успешных программах десятка стран за последние четверть века.

**Ключевые принципы программы ПЗ** следующие: партнерские отношения с ЛсИ и его близкими; сочетание оптимизированной фармакотерапии с широким рядом психосоциальных вмешательств; преемственность и согласованность работы психиатрических служб и СЗН; многопрофессиональный и межведомственный подходы и привлечение ресурсов сообщества, включая ООИ. Мероприятия программы адресованы к ключевым элементам сочетанного лекарственного и психосоциального подхода при ведении пациента: оценке его реальных потребностей, планированию трудового процесса, координации помощи, защите прав ЛсИ на труд и учение

ПЗ - по сути, чередой последовательных действий при восстановлении трудового положения каждого ЛсИ. Программа ПЗ с различной интенсивностью поддержки встроена в работу ПНД (внебольничного реабилитационного центра), реабилитационной межпрофессиональной (межведомственной) бригады. Элементы модели могут быть использованы СЗН, специализированными и обычными учебными заведениями, ООИ.

1. **Стратегическая цель ПЗ:** устройство на общих основаниях и удержание на работе ЛсИ на предприятии открытого местного рынка труда (важно для молодых инвалидов – учеба с поддержкой).

2. **Группы-мишени программы ПЗ:** ЛсИ вследствие тяжелых психических расстройств трудоспособного возраста. ПЗ не подразумевает «снятие пенок»: отбора наиболее годных к труду, с «хорошим» трудовым анамнезом, которые устраиваются самостоятельно, но целевой группой ПЗ становятся длительно бездеятельные, с множественными проблемами (злоупотребление ПАВ). Вслед за безопасным жильем «хорошо оплачиваемая» (желаемый доход 20 тыс. руб.) работа в обычных условиях – приоритетная цель 60% тяжело психически больных. Профессионалы программы ПЗ полагают, что столько

ме трудоустройства ЛсИ (15% выборки) помимо заработной платы, сохраняют пенсионное пособие и пособие «по безработице».

## Результаты поддерживаемого трудоустройства

1. **Уровень занятости** – первичный результат ПЗ и важная формализованная характеристика социального восстановления больного. Заключительное и стабильное трудоустройство в количественном выражении – показатель эффективности работы бригады. Согласно ИПР, оценка результатов профессиональной реабилитации следующая: достигнута адаптация на прежнем рабочем месте; адаптация на прежнем рабочем месте с измененными условиями труда; получена новая профессия (специальность); подобрано подходящее рабочее место; создано специальное рабочее место.

Участники программы ПЗ больше и устойчивее работают, зарабатывая лучше: треть из них работает полгода против 10% устроенных через ЦЗН. Возможно, эта подгруппа пациентов на пути к устойчивому труду. Только 5% пациентов предварительно были добровольцами, столько же имели опыт работы в ЛТМ

В подгруппе пациентов в первом эпизоде шизофрении или аффективных расстройств (первые пять лет после уточнения диагноза) молодые (18-30 лет) люди более и дольше заняты, чем хронические больные. После полугодия программы уровень занятости вырос с 10 до 40% за год. Более 70% ЛсИ работали не менее половины времени за последние 2 года, сменив 1-2 рабочих мест, примерно 20 часов в неделю, 45% менее 20 часов в неделю, 30% положенные законом 35 часов в неделю, остальные фактически работали 40 и более часов в неделю. Для сравнения: в аналогичной программе ПЗ только треть ЛсИ в связи с физическими проблемами занята неполную рабочую неделю или работают менее 30 часов.

**Виды работы участников программы ПЗ.** Согласно принципам индивидуализированного трудоустройства, ЛсИ работали в разных условиях и на разных местах. ЛсИ тяготеют к занятости на государственных и муниципальных предприятиях, что косвенно указывает трудность трудоустройства на частных предприятиях. Ни один ЛсИ не был самозанят.



## **Портрет участников программ поддерживаемого трудоустройства**

Для 25% пациентов трудоустройство было первичным. Трудоустроены мужчины (53%) и женщины (47%) в среднем возрасте 35 лет. Более всего больных шизофренией (57%), а также пациентов с умственной отсталостью (27%), среди которых и больные реабилитационных отделений психоневрологических интернатов. На остальные диагнозы (эпилепсия, органическое поражение ЦНС, аффективные расстройства) пришлось менее 5%. Длительность психического расстройства (без умственной отсталости) около 15 лет. Даже с учетом пациентов с умственной отсталостью, образовательный ценз трудоустроенных соответствует таковому у их сверстников в общей популяции: так, среднее и средне-специальное образование у 48%, высшее и незаконченное высшее – у 27%. Трудовой их стаж в прошлом менее 10 лет. Большинство пациентов (73%) – инвалиды 2 группы, как в диспансерном контингенте тяжело психически больных. Длительность инвалидности около 10 лет (при исключении больных с умственной отсталостью). То есть большинство пациентов стало инвалидами в первые годы психического расстройства. Пенсия в среднем 4 тысяч руб. (2010 г.) позволяет удовлетворять основные материально-бытовые потребности. При заявленном принципе «ПЗ для всех желающих» исключены больные с выраженными расстройствами памяти и некомпенсированными соматическими болезнями; 40% пациентов, согласно широкому подходу ПЗ, не страдают тяжелыми психическими расстройствами. У половины ЛсИ отмечен длительный (до 5 лет) этап с частыми (3-6) сменами мест работы, длительными перерывами трудовой деятельности, снижением профессионального уровня.

Большинство пациентов в стабильном психическом состоянии, до 90% (без пациентов с умственной отсталостью) принимают регулярно психотропные препараты, более 80% - нейролептики в дозах поддерживающей терапии. Однако средняя частота госпитализаций составила не менее одной за последний год. Средняя длительность поиска работы примерно полгода. Длительность работы около года при средней зарплате 4 тысяч руб. в месяц. В федеральной програм-

же (для сравнения: 30%, по мнению врачей ПНД) тяжело больных могли бы работать в обычных условиях при гибкой медико-социальной поддержке программы ПЗ.

Отдел содействия занятости инвалидов ЦЗН ЦАО Москвы работает в сотрудничестве с Московским НИИ психиатрии. Соискатели вследствие психических заболеваний – одна из шести категорий инвалидов, с которыми работают специалисты Отдела, выявляют проблемы, общие для всех категорий, особые для каждой категории, а также – касающиеся отдельного человека.

**Подгруппы инвалидов в зависимости от того, какого рода услуги бригады или Отдела содействия занятости инвалидов им требуются для трудоустройства и эффективной профессиональной деятельности.**

**А.** ЛсИ, готовые к процессу трудоустройства и работе. Им требуется информация о вакансиях консультации по профессиональной ориентации и трудоустройства (написание резюме, прохождение собеседования). Половине ЛсИ необходим подбор фармакотерапии (снижение риска и выраженности побочных действий, стигматизирующих при трудоустройстве и осложняющих труд: таких как мелкий тремор или остаточных симптомов как постпсихотическая депрессия – 40%). В подгруппе 15% ЛсИ, что соответствует устойчивой годами доле трудоустроенных ЛсИ. Важно, чтобы программа ПЗ не «сняла сливки», занимаясь лишь такими ЛсИ

**Б.** ЛсИ, нуждающиеся в психологической подготовке, создании особых условий труда (60%). Они не готовы к незамедлительному трудоустройству вследствие неустойчивого психического состояния (60%), негативного социального опыта, включающего отказы работодателей при самостоятельном трудоустройстве (20%). Их запросы не соответствуют вакансиям (30%). СЗН работают с потребностями ЛсИ первой подгруппы и отчасти второй. **В.** ЛсИ нуждающиеся в систематической поддержке при трудоустройстве и дальнейшей работы специально обученными специалистами или добровольцами-кураторами (25%). Трудовая деятельность возможна после длительного обучения профессиональным, социальным и коммуникативным навыкам не только в «классе», но при трудовом процессе на обычном предприятии. Обычно имеют третью степень ОСТД: неспособность или противопоказанность трудовой деятельности.

3. **Естественная интеграция:** ЛсИ трудятся со здоровыми; получая работу напрямую, как можно скорее, без длительной подготовки («обучение на месте»).

4. ПЗ – составная часть *психосоциальной реабилитации*. ПЗ вписывается в современные принципы психиатрической реабилитации, если ее целью считать совершенствование социальной компетентности пациента (усиление позиций здоровья, преодоление болезни) в подходящем окружении (трудовой коллектив) при активной поддержке его ближайшего окружения на фоне оптимизированной психофармакотерапии.

5. *Индивидуализированное планирование* устройства на работу (учебу) опирается на предпочтения, интересы, возможности и резервы, информированный выбор ЛсИ, оценка навыков, способностей, талантов, интересов и желаний пациента.

6. **Междисциплинарный (межведомственный) бригадный подход.** Трудоустройство ЛсИ – сложная социальная проблема, и на первый план выходят вопросы сотрудничества и учёта взаимных интересов государства, ООИ и бизнеса; объединяет психиатрические реабилитационные службы (как внебольничный реабилитационный центр при ПНД или в составе диспансерного отделения психиатрической больницы), работодателя в реализации ИПР пациента с привлечением ресурсов сообщества (местная ООИ). ПЗ обеспечивается посредством активного взаимодействия общественных, благотворительных организаций с различными государственными структурами, причастными к образованию, медицинскому обслуживанию, жизнеобеспечению и предоставлению социальных льгот ЛсИ, что способствует их социальной интеграции.

*Реабилитационная бригада в программе* ПЗ оценивает профессиональный и адаптационно-психологический уровни ЛсИ, по необходимости направляет его на тренинги и семинары, организует групповую и индивидуальную психосоциальную работу, затем предлагает его как соискателя работодателям. Бригада организует *специальные условия труда* – решает конкретные проблемы (выявляет и учитывает потребности) конкретного ЛсИ при индивидуальной оценке его трудового потенциала и соответствия требованиям вакансии, определяет перечень необходимых мер для повышения социальных и профес-

диорепортажи). Привлечению ЛсИ и их близких, преодолению скептицизма работодателей помогают брошюры, в которых, в частности, обобщен опыт успешно занятых ЛсИ, с комментариями к ТК РФ, указывающими возможности трудоустройства ЛсИ через государственные структуры, объясняющие смысл ИПР и пути самостоятельного поиска работы; материалы для специалистов (например, «Пособие для работодателей по обустройству рабочих мест для инвалидов»). *Интернет сайт.* формы заполнения резюме для включения в нашу базу данных инвалидов, ищущих работу. Также, на сайте есть формы заполнения заявок на подбор сотрудников с инвалидностью напрямую от работодателей. Все вакансии с описанием условий работы и требований к соискателям оперативно размещаются на сайте. Это тоже расширило спектр возможностей и охват потенциальных участников в работе нашего Агентства по трудоустройству инвалидов.

Условием скорейшего трудоустройства становится создание и ведение *базы данных* кандидатов на вакансии по ряду показателей: возраст; группа инвалидности; наличие ИПР; место жительства. Указана потребность в 1) обучении. Возможна профессиональная подготовка (программы СЗН, курсы компьютерной грамотности или типографский кружок ООИ); повышающей конкурентоспособность ЛсИ при получении данной вакансии; 2) в «внепрофессиональной» подготовке: тренинги навыков общения, приспособительных возможностей и практических навыков трудоустройства (написание резюме, прохождение собеседования). «Клубы ищущих работу» в ООИ обучают приемам общения, самостоятельному поиску работы и самопредъявлению работодателю. Кураторы участников клубов связаны с работниками СЗН или работают там. Преимуществ «предподготовки» ЛсИ перед непосредственным трудоустройством не отмечено. Полезны групповые тренинги работодателей и персонала предприятий, использующих труд ЛсИ, и работников СЗН, консультации по созданию специальных условий труда ЛсИ.

настойчивость вовлечения в программу, необходимость консультирования подчеркнуты в большинстве программ, но связь между ними и лучшими результатами занятости не выявлены. Два компонента ПЗ наиболее поддержаны опытом: объединение специалистов различных ведомств в единую бригаду и скорейшее непосредственное устройство пациента на рабочее место. Два иных широко применяемых принципа: постоянная поддержка и внимание к предпочтениям пациента, недостаточно изучены. Эффективность ПЗ по сравнению с традиционной программой пошаговой реабилитации хронически больных в защищенных условиях показана в городе и в сельской местности, в разных возрастных группах на различных этапах развития процесса: суммарный уровень занятости в программах ПЗ ряда стран 50-60% против 20-35% при обычном трудоустройстве через ЦЗН в течение 1-3-х лет. Участники лучших программ обычно *активно ищут* работу полгода, тогда как самые успешные в защищенных условиях *ждут* работу не менее 1,5 лет или (обычно) «оседают» в ЛТМ.

8. **Проветительская деятельность** необходима для преодоления дискриминации и стигматизации ЛсИ в деле трудоустройства. Изменить отношение общества к людям с инвалидностью не сможет ни один самый талантливый куратор, обладающий безусловным даром убеждения. И чем ярче этот дар, тем критичнее к нему будет относиться работодатель.

Приходится менять предвзятое мнение о возможностях инвалидов предпринимателей, психиатров и сотрудников МСЭ и СЗН, педагогов, близких ЛсИ. Апробированы семинары (круглые столы) и конференции по пониманию инвалидности и разъяснению программы ПЗ для представителей государственных органов (администрации региона), бизнеса, ООИ. Совещания облегчают анализ ситуации с трудоустройством ЛсИ в данном регионе и диалог между заинтересованными сторонами («треугольник» со сторонами государство - бизнес - ООИ или НКО) о внедрении новых технологий по решению проблем занятости ЛсИ. Участие в неспециализированных ярмарках рабочих вакансий, индивидуальные консультации работодателей по вопросам особых условий труда для ЛсИ, ТК РФ позволяют найти подвижников и партнеров. Общественная кампания создает положительное отношение к трудовым возможностям ЛсИ. Развитию программ ПЗ способствуют СМИ (газетные статьи, телевизионные и ра-

сиональных возможностей ЛсИ (обучающие курсы, психологическая адаптация., облегчение взаимодействия с работодателем и трудовым коллективом) для успешного и устойчивого трудоустройства). Условия труда ЛсИ должны соответствовать его ИПР. Общие рекомендации (медицинские ограничения) ИПР позволяют членам бригады разработать и реализовать набор реабилитационных мероприятий и услуг, исходя из индивидуальных нужд и возможностей ЛсИ, и помочь в выборе места и создании условий труда, не противопоказанные ему по состоянию здоровья. Важной процедурой при создании специальных условий труда служит определение барьеров эффективной работы ЛсИ. Они различны в своих потребностях, и нельзя равнять процесс обеспечения равных возможностей. Соответственно, и профессиональная интеграция подразумевает разные составляющие. Мероприятия отличны из-за места работы, которое влияет на создание специальных условий и требований по пересмотру или адаптации служебных обязанностей. Ограничений может не быть, могут присоединиться иные сложности. Важно определить не только подходит ли ЛсИ для данной работы, но и как можно изменить условия труда, чтобы эффективно он эффективно трудился, а не по традиционному принципу «подходит или не подходит» или «подгонкой» возможностей ЛсИ под требования вакансии.

Важно вакансию изменить под возможности ЛсИ при 1) изменении правил или рабочих инструкций в виде дополнительных перерывов в работе или перевод ряда служебных обязанностей на другого работника; 2) обустройство рабочего места. Для трудоустройства ЛсИ необходимо учесть социальные факторы его жизни (живет далеко). Организация рабочего места должны соответствовать психологическим особенностям ЛсИ (шум, одиночество, ритм).

Психиатрические службы и СЗН объединены специалистом по занятости (см. ниже)

Государству необходимо эффективно использовать трудовые ресурсы, ведь содержание ЛсИ на иждивении работоспособной части населения – недопустимая роскошь. У РФ международные обязательства по социальной защите населения, в том числе обеспечению равных прав и возможностей ЛсИ. Создаются специальные структуры, выделены целевые финансовые средства и ресурсы, изменены законодательство, регулирование налогообложения, обеспечению режима благоприятствования для развития ООИ (некоммерческих ор-

ганизаций) и стимулирования бизнеса к приёму на работу ЛсИ. В секторе НКО граждане и их объединения имеют возможность выразить свои интересы и добиваться реализации своих прав на участие во всех аспектах социальной жизни.

*Общественные организации инвалидов* играют все более активную роль в решении государственных проблем, заметны в общественно-политической сфере и в деле практических услуг населению. ООИ – самые заинтересованные структуры в решении проблемы трудоустройства ЛсИ, так как это напрямую затрагивает жизненные интересы их членов. Но, не вовлекая в этот процесс государство и бизнес, ООИ не изменяют сложившегося положения. Усилия государства и ООИ нацелены на мотивацию работодателей брать ЛсИ. Межведомственное сотрудничество заинтересует работодателей использовать ЛсИ как эффективный трудовой ресурс.

7. *Индивидуальная поддержка* при отборе и подготовке ЛсИ к трудоустройству, приспособлении к труду и трудовому коллективу. *Обучение и инструктирование*, консультирование на рабочем месте *наставника* (специалиста по занятости, куратора) постоянны и не ограничены по времени (обычно до полугода).

*Специалист по трудоустройству (куратор пациента)* – в идеале, специально обученный социальный работник, но в реальных условиях может быть и подготовленный активист ООИ (близкий ЛсИ, пациент с опытом успешного трудоустройства и выздоровления). Важно, чтобы куратор непредвзято оценивал возможности ЛсИ, знал терминологию и этикет в отношении ЛсИ. Знание правовых основ трудоустройства ЛсИ позволит куратору аргументировано взаимодействовать с работодателями и учитывать медико-социальные противопоказания ЛсИ. Куратор должен знать, с помощью каких мер можно преодолеть те или иные ограничения ЛсИ. Деятельность куратора направлена на устранение социальных и социальных средовых барьеров на пути трудоустройства и работы ЛсИ, используют и развивают подходы, компенсирующие ограничения и развивающие резервы инвалида. Кураторы обучают, сопровождают ЛсИ по необходимости до, во время и после получения работы.

*Куратор* – координатор многопрофессиональной (межведомственной) бригады при отборе участников программы ПЗ, разработке,

	здания, утомляемость, рассеянность, «странности») и конфликты с сотрудниками (негибкость, замкнутость, раздражительность), привлекает последних, проводя разряжательную работу, как неформальных помощников; будит (одиноких) больных загодя перед работой, обучает ориентировке в городе и пользованию общественным транспортом, намечая оптимальный путь до работы; обучает «здесь и сейчас» социальным навыкам (общение с сотрудниками и начальством, распределение дохода, структурирование дня и досуга); участвует в решении текущих проблем (в семье, с работодателем, с социальными службами), укрепляя и расширяя сеть поддержки вне места работы; защищает права пациента- работника (с привлечением юриста); контролирует пациента на рабочем месте, следит за качеством выполнения заданий (посильно) и его продвижением по службе, при увольнении (в ряде случаев по собственному желанию) обсуждает причины неудачи, эмоционально поддерживает, работает с ЛсИ над ошибками и снова мотивирует и помогает в поиске работы на основе приобретенного опыта.
--	---

Куратор может ограничиться отдельными обязанностями в зависимости от запросов и возможностей ЛсИ. Трудоустройство ЛсИ определено индивидуальными особенностями ЛсИ и его окружения, общими социальными проблемами инвалидности и предвзятым отношением отдельных работодателей и профессионалов (психиатров, сотрудников бюро МСЭ) в отношении личных и профессиональных качеств ЛсИ. Куратор преодолевает ложные стереотипы и предрассудки лиц, от которых прямо и косвенно зависит трудоустройство ЛсИ. Причинами затруднений на рабочем месте могут быть объективные ограничения инвалида (клинические факторы, функциональная недостаточность) и психологические комплексы как следствие негативного социального опыта (дискриминация, самостигматизация) и/или недостатка профессиональных знаний и навыков.

7. *Непрерывная и сочетанная динамическая оценка* результатов работы, психического благополучия ЛсИ, качества его жизни и микросоциального окружения .

Ряд элементов ПЗ: количество опекаемых куратором пациентов, особые характеристики рабочего места пациента и режим его труда,



ройство по сути «переходное») и при изменении условий труда; возможно, требуется дополнительная профессиональная (полезная и при продвижении по службе) и психологическая подготовка ЛсИ на рабочем месте или перераспределение служебных обязанностей, если он не справляется с работой (переход на полставки, возможно, временное понижение в должности).

Предоставление ЛсИ необходимой помощи и поддержки, содействие в решении текущих проблем на рабочем месте и вокруг него для удержания на рабочем месте и возможного служебного роста (не менее 6 месяцев).

При возникновении трудностей (чаще психолого-социального характера) в выполнении работы или части служебных обязанностей, оценит ситуацию и направит усилия на устранение барьеров эффективной работы.

Решение проблем и помочь удержаться ему на работе в первые три месяца (обычный срок, определяющий утверждение на вакансии).

С подопечным и привлечением необходимых ресурсов разрабатывает индивидуальный план по его адаптации к служебным обязанностям и обучению на рабочем месте (высокий риск увольнения для 80% ЛсИ – первые три месяца).

Динамический контроль (обратная связь) эффективности труда при наблюдении за работой за ЛсИ с привлечением информации его сотрудников.

Продолжает поддержку пациенту: на встречах (от 2 раз в неделю до 1 раза в месяц), обсуждает успехи и неудачи, выступит советчиком в возникающих по мере социализации ЛсИ «непроизводительных» проблем (разумные траты увеличившегося бюджета, помощь по необходимости открытия счета и взятия ссуды, решения «сердечных» проблем), совместно вырабатывают способы разрешения проблем.

Своевременно предупреждает и разрешает типовые «непроизводительные» проблемы (неряшливость, опо-

реализации, контроле выполнения и эффективности плана занятости ЛсИ (согласно ИПР) как приоритета его реабилитации, работает как ведущий случая (обычно на куратора приходится 8-10 «клиентов»), привлекая по необходимости близких подопечного (помощь в поиске работы среди знакомых, структурирование дня в связи с условиями работы, контроль внешнего вида, ранних симптомов ухудшения, лекарственного лечения), психиатра (коррекция психофармакотерапии с целью купирования нежелательных побочных действий терапии и остаточных симптомов, как депрессия), клинического психолога (оценка и стимуляция мотивации пациента, изменение негативной, скептической позиции к трудоустройству пациента, изменение паттернов отношения к нему в виде чрезмерной опеки), специалистов МСЭ (коррекция, дополнение ИПР) и СЗН (оценка трудового статуса пациента как соискателя работы, подбор работы по собственной базе данных), юристом<sup>7</sup> (консультации по льготам работающего инвалида, сопровождение при трудоустройстве), активистов ООИ (бывших и настоящих участников программы ПЗ) с опытом устройства на работу (неформальная эмоциональная поддержка, ходатайство об устройстве на «свою» работу с последующими помощью на рабочем месте, наблюдением и контролем).

Куратор знакомится с ЛсИ на групповом собрании, где закладываются партнерские взаимоотношения, определены цели и способы дальнейшего сотрудничества; индивидуальные консультации с подопечными происходят не реже 1-2 раз в неделю и по необходимости (затем возможно – ежемесячно, как при стабильной работе) для оценки трудовых навыков и умений, вспомогательных навыков пациента (гигиена и опрятность, выполнение инструкций, навыки общения, структурирование времени, пунктуальность), мотивация к труду, профессиональные предпочтения (место работы, условия труда, зарплата, расстояние от дома), коррекция завышенных притязаний. Куратор представляет очно и заочно ЛсИ на очередных заседаниях бригады.

<sup>7</sup> Юрист-консультант из психиатрического учреждения или ООИ может быть включен в состав межведомственной бригады, как включен в состав авторов данной брошюры



Трудоустройство ЛсИ – процесс постоянных действий, поиска решений, обратной связью и динамического контроля ситуации. Кураторы должны создать специальные условия труда для ЛсИ, исходя из его индивидуальных ограничений и той вакансии, на которую он претендует.

### Обязанности куратора на последовательных этапах трудоустройства подопечного

Этап трудоустройства	Обязанности куратора
<b>Вовлечение в программу. Оценка трудового потенциала, профориентация подопечного</b>	Вовлекает ЛсИ в программу ПЗ и удерживает его в ней, действуя в русле ИПР; при отсутствии ИПР (более 80% ЛсИ, обращающихся в реабилитационные отделения или непосредственно в СЗН) – помогает в ее подготовке на уровнях территориальной поликлиники, ПНД и МСЭ
<b>Поиск работы</b>	<p>Оценка способностей, навыков, интересов для выполнения работы. Подбор подходящей работы, где способности, навыки и качества соискателя будут наиболее востребованы и применимы</p> <p>Поиск работы и переговоры с работодателем.. Связующее звено между работодателем и ЛсИ.</p> <p>Убеждение работодателя взять ЛсИ и создать необходимую атмосферу в коллективе и обеспечить необходимые условия труда.</p>
<b>Трудоустройство</b>	<p>Предлагает работодателю варианты трудоустройства ЛсИ: временную работу, стажировку с перспективой оставить успешных сотрудников в штате</p> <p>Как сотрудник кадрового агентства, куратор подбирает как можно скорее подходящую работу с учётом профессиональных и личных качеств ЛсИ, помогает встать на учет в СЗН, присутствует при консультациях с его специалистами, контролирует посещение пациентом СЗН в указанное время и/или использует свои информационные ресурсы (в т.ч. по собственной базе данных), зная местный рынок труда и лично знакомых</p>
<b>Работа</b>	
<b>Сохранение рабочего места (профилактика увольнения)</b>	

<p>работодателей. Обучение ЛсИ самостоятельному поиску вакансий через объявления в газетах, Интернете, сведений членов ООИ (базы данных ООИ или реабилитационного отделения).</p> <p>Обеспечивает психологическую подготовку ЛсИ,: репетирует, сопровождает, участвует, организует собеседование подопечного с работодателем, советует как одеться, как вести себя, как отвечать на вопросы (например, как объяснить дрожь рук, потливость), какую информацию о себе рассказывать, что важно уточнить у работодателя (режим и условия работы, обязанности). По необходимости куратор предварительно созванивается с работодателем, договариваясь о собеседовании с пациентом. Помогает пациенту собрать необходимые документы, заполнить анкеты, контролирует заключение трудового договора (возможно, привлекает юриста-консультанта) в соответствии с ИПР.</p> <p>Оценка должностных обязанностей ЛсИ и предложение путей их выполнения.</p> <p>Оценка потребности в <i>специальных условиях труда</i> и их обеспечение.организация)</p> <p>Прививает терпимость и рассеивает недоверие будущих сотрудников ЛсИ</p> <p>Развитие, подготовка и обучение ЛсИ эффективному выполнению служебных обязанностей (на рабочем месте) навыков успешной работы.</p> <p>Участие и инициация приспособления производственной среды под нужды и возможности конкретного ЛсИ, а также адаптируя его возможности к требованиям конкретной вакансии</p> <p>Сопровождение ЛсИ, правовая и психологическая поддержка при вхождении в коллектив. Помощь ЛсИ в продуктивном взаимодействии (умение «ладить») с сотрудниками (например, мостиком к знакомству служит забота о кошках, «боление» за одну футбольную команду, мелкая услуга).</p> <p>Как наставник поддерживает подопечного до освоения им профессиональных навыков (в это время трудоу-</p>
---