

3. Динаміка стану здоров'я народу України та регіональні особливості: аналітико-статистичний посібник / За редакцією В. М. Коваленка, В. М. Корнацького. – К.: ННЦ «Інститут кардіології ім. М. Д. Стражеска», 2012. – 211 с.

4. Емельяненко Т. Г. Принятие решений в системах мониторинга / Т. Г. Емельяненко, А. В. Зберовский, А. Ф. Приставка. – Днепр: РИК НГУ, 2005. – 224 с.

5. Інвалідність: первинна, скрита, прогнозована: монографія / А. В. Іпатов, І. В. Дроздова, І. Я. Ханюкова та ін. – Д.: Пороги, 2012. – 387 с.

6. Інформаційна технологія аналізу динаміки інвалідності / М. К. Хобзей, А. В. Іпатов, І. В. Дроздова та ін. – Д.: Пороги, 2011. – 269 с.

7. Кендалл М. Многомерный статистический анализ и временные ряды / М. Кендалл, А. Стьюарт. – Москва: Наука, 1976. – 736 с.

8. Лукашин Ю. П. Адаптивные методы краткосрочного прогнозирования временных рядов:

Учеб. пособие / Ю. П. Лукашин. – Москва: Финансы и статистика, 2003. – 416 с.

9. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2014 рік (Аналітико-інформаційний довідник) / А. В. Іпатов, О. М. Мороз, В. А. Голик та ін. / за ред. С. І. Черняка. – Д.: Акцент ПП, 2015. – 166 с.

10. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2015 рік (Аналітико-інформаційний довідник) / А. В. Іпатов, О. М. Мороз, В. А. Голик та ін. / за ред. С. І. Черняка. – Д.: Акцент ПП, 2016. – 175 с.

11. Статистика инвалидности. – Режим доступа : <http://rosspolit.ru/socialnaya-politika/rabota-s-invalidami/statistikainvalidnosti.html>.

12. Стрес і хвороби системи кровообігу / А. П. Дорогой, А. Г. Кириченко, І. Л. Ревенько та ін. / за ред. В. М. Коваленка, В. М. Корнацького. – К, 2015. – 354 с.



УДК 368.062/063

ОЦІНЮВАННЯ СИСТЕМИ ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ. РЕЗЮМЕ ЗВІТУ КОНСУЛЬТАТИВНОЇ МІСІЇ ВООЗ – МІЖНАРОДНОГО ТОВАРИСТВА ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Члени консультативної місії Всесвітньої організації охорони здоров'я – Міжнародного товариства фізичної та реабілітаційної медицини Німеччина, Словенія, Польща, Україна

I. Актуальність проблеми

Технічні консультації на підтримку розробки національного плану щодо обмежень життєдіяльності; здоров'я та реабілітації для України були ініційовані бюро ВООЗ в Україні та проведені дорадчою групою з питань реабілітації, із Міжнародного товариства фізичної та реабілітаційної медицини (ISPRM). Це частина плану співпраці ISPRM та штаб-квартири ВООЗ. Місія ґрунтується на конвенції ООН про права людей з обмеженнями життєдіяльності (UN-CRPD) та Всесвітньому звіту з обмежень життєдіяльності (WRD). Цілі поставлені відповідно до Глобального плану ВООЗ щодо обмежень життєдіяльності «Ліпше життя для людей з обмеженнями життєдіяльності» на 2014–2021 рр.

Потреба у національному плані щодо обмежень життєдіяльності; здоров'я та реабілітації впливає з кількох фактів:

- ✓ Саме поняття та розуміння «інвалідності» не відповідає сучасному та міжнародно уз-

годженому розумінню обмежень життєдіяльності та функціонування;

- ✓ Законодавство та підзаконні акти щодо реабілітації в Україні фрагментовані, координація між уповноваженими міністерствами та організаціями є недостатньою;
- ✓ Послуги реабілітації традиційно надаються в курортному середовищі. Немає цілісної системи реабілітаційних послуг, яка буде покривати всі фази та рівні надання допомоги, реабілітаційні послуги недоступні багатьом особам, які їх потребують;
- ✓ Кадрове забезпечення реабілітації не досягає світових та європейських стандартів. З одного боку, це пов'язано з системою акредитації, яка повністю відрізняється, а з іншого, з недостатніми кадровими можливостями.

II. Завдання та методи

Місія спрямована на оцінку поточної ситуації щодо осіб з обмеженнями життєдіяльності та систем

реабілітації (у тому числі надання послуг та підготовка спеціалістів з реабілітації), застосування міжнародних стандартів і розробку рекомендацій з покращання систем. Рекомендації розроблені консультантами та обговорені з спеціалістами бюро ВООЗ в Україні. Крім того, було проведено діалог зацікавлених сторін щодо рекомендацій для досягнення консенсусу з усіма зацікавленими сторонами, зокрема громадськими організаціями, організаціями людей з обмеженнями життєдіяльності та представниками професійних груп.

III. Підсумок знахідок

Існує загальне розуміння серед міністерств, клінічних спеціалістів, представників ВООЗ та громадських організацій, що **в системі реабілітації необхідна реформа**, в тому числі покращання загального розуміння інвалідності, сучасної структури кадрів у сфері реабілітації з більш високим рівнем підготовки та збільшення спроможності реабілітаційних послуг.

Відповідальність за питання обмежень життєдіяльності та реабілітації поділена між двома міністерствами: Міністерством охорони здоров'я (що відповідає за «медичну» реабілітацію, пов'язану зі здоров'ям) та Міністерством соціальної політики (що відповідає за соціальну компенсацію та надання допоміжних засобів). Міністерство науки та освіти також задіяне, оскільки відповідає за акредитацію навчальних планів (освітніх програм) для спеціалістів із реабілітації як у медичних, так і в немедичних навчальних закладах. Нестача координації між реабілітаційними послугами, які пропонують різні міністерства, призводить до недостатніх результатів (наприклад, у забезпеченні допоміжними засобами).

Розуміння обмежень життєдіяльності та реабілітації в Україні ґрунтується на філософії та визначеннях, які несумісні з міжнародним розумінням обмеження життєдіяльності як взаємодії особи з певним станом здоров'я та її середовища. Це призводить до недостатнього збору даних щодо обмежень життєдіяльності та планування реабілітаційних послуг, а також індивідуальної оцінки обмеження життєдіяльності та постановки цілей, щоб змінювати результати реабілітації.

Професіонали в галузі реабілітації навчаються не відповідно до міжнародних стандартів. Це очевидно, оскільки навчальна програма та акредитаційні критерії істотно відрізняються від міжнародних та європейських стандартів. Кількість спеціалістів у сфері реабілітації теж недостатня (напр., низька кількість та короткотривалий період підготовки лікарів у галузі фізичної та реабілітаційної медицини, немає єдиної концепції фізичної терапії, відсутня ерготерапія).

Існують кілька реабілітаційних послуг, проте немає систематичного плану реабілітаційних послуг у закладах надання допомоги на гострому, підгострому та довготривалому етапах. Переважно реабілітаційні заклади працюють так, як це було запроваджено в Радянському Союзі, але було створено декілька сучасних реабілітаційних закладів. Проте вони є новими поодинокими зразками

і не представляють усю систему охорони здоров'я загалом. Це призводить до значної нестачі реабілітаційних послуг, а також до зайняття ліжко-місць та неефективного використання ресурсів у лікарнях (для лікування гострих станів). Надання допоміжних засобів відокремлене від пов'язаних зі здоров'ям реабілітаційних послуг і призводить до недостатніх результатів та марнування ресурсів.

Окремою складністю є потреба в **реабілітації жертв збройного конфлікту** на сході України. З одного боку, є висока кількість поранених солдат, які в багатьох випадках також мають серйозну психічну травму (так званий посттравматичний стресовий розлад). Збройний конфлікт призвів до появи поранених та травмованих цивільних осіб, які потребують реабілітаційної допомоги.

IV. Дії та проекти для покращання здоров'я, функціонування та якості життя для всіх осіб з обмеженнями життєдіяльності в Україні

A. Наступні дії мають бути вжиті для покращання здоров'я, функціонування та якості життя всіх осіб з обмеженнями життєдіяльності в Україні

1. Оскільки реабілітація є однією з чотирьох основних стратегій охорони здоров'я, але водночас вимагає послуг з різних секторів системи, запровадження **тісної координації** у Міністерстві охорони здоров'я (*оптимально – сконцентрованої в одному департаменті*).

2. Оскільки реабілітація також зачіпає інші сфери життя, такі як соціальна підтримка, освіта, правосуддя і т.ін., **тісна координація між міністерствами** є необхідною (*оптимально – у формі міжвідомчої координаційної комісії на високому рівні відповідальності*).

3. У питаннях політики та законодавства щодо обмежень життєдіяльності та реабілітації, а також для збору даних, необхідно **перекласти й адаптувати міжнародні визначення** (напр., «functioning», «disability») та **інструменти** (напр., «Основні набори Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я») українською мовою.

4. Для середньострокового планування реабілітаційних послуг необхідна актуальна **база даних щодо епідеміології інвалідності** (у тому числі про хронічних та психічних розладах) та **потреб у реабілітації**. Вона має використовувати міжнародні інструменти (на основі міжнародної класифікації функціонування).

5. Реабілітаційні послуги, пов'язані зі здоров'ям, мають бути запроваджені на **всіх рівнях охорони здоров'я** (первинному, вторинному, третинному) та для **всіх етапів надання допомоги** (гостра, підгостра, довготривала). Оскільки в Україні вже існує багато реабілітаційних послуг, слід розробити перехідний план. Сектор **первинної медичної допомоги** має посісти сильнішу роль у довготерміновій реабілітації та стати вихідною точкою для спеціалізованих реабілітаційних послуг.

6. Щоб **забезпечити висококваліфікований кадровий ресурс**, необхідно запровадити **міжна-**

родні визначення та навчальні програми по реабілітаційних спеціальностях (лікарі, терапевти (не лікарі), медсестри, соціальні працівники, психотерапевти та інші) (див таблицю нижче) та нову систему освіти. Тут теж потрібний перехідний план.

7. Через збройні конфлікти на сході України особливі потреби осіб з обмеженнями життєдіяльності, які живуть у тому регіоні, а також розширення реабілітаційних послуг для жертв слід врахувати і запровадити.

В. Наступні проекти слід запровадити та розпочати якомога раніше, щоб розробити моделі для застосування вищезазначених цілей

1. Проведення експертного семінару (з українськими професіоналами сфери охорони здоров'я, громадськими організаціями, бюро та штаб-квартирою ВООЗ, лінгвістами, експертами з інших слов'яномовних країн) щодо визначення і погодження належного перекладу термінів «**disability**» (обмеження життєдіяльності), «**functioning**» (функціонування) та інших пов'язаних термінів.

2. Виконання проекту адаптації МКФ для використання в Україні та тестування продуктів вибраних послуг.

3. Виконання популяційного опитування щодо поширеності обмежень життєдіяльності з використанням міжнародно прийнятих методів у двох регіонах України.

4. Впровадження мультидисциплінарних реабілітаційних команд у декількох закладах та оцінка результатів.

5. Упровадження зразкових моделей реабілітаційних послуг та оцінка результатів (табл. 1):

а. послуги реабілітації на гострому етапі в двох лікарнях на вторинному і третинному рівнях;

б. послуги реабілітації на підгострому етапі за принаймні двома показаннями (напр., інсульт, ампутація кінцівки, множинна травма чи операція на серці) (одне з них може включати існуючий санаторій);

с. довготривалі послуги (напр., запропоновані місцевою громадою послуги в сільській місцевості).

6. Запровадження моделей послуг:

д. інтегроване забезпечення та інтеграція допоміжних засобів у програмі медичної реабілітації;

е. один або два проекти по інтегрованій медичній та професійній реабілітації.

7. Розробка навчальної програми для професіоналів у сфері реабілітації (табл. 2), «вибравши найкраще» з міжнародних зразків (напр., розробка навчальної програми для спеціалістів з фізичної та реабілітаційної медицини відповідно до стандартів Європейської ради фізичної та реабілітаційної медицини).

8. Негайна організація курсів освіти та підготовка спеціалістів з реабілітації за міжнародної підтримки.

9. Розробка моделі адекватної, мотивуючої системи реабілітаційних послуг зі справедливою оплатою та (враховуючи міжнародний досвід) бажано з системою «оплати за випадок», що враховує ступінь важкості випадку.

10. Проведення огляду існуючих реабілітаційних закладів (кількість реабілітаційних закладів, відділів та ліжок) на основі міжнародних стандартів.

Таблиця 1 – Перехідна таблиця реабілітаційних послуг

Етап надання допомоги	Тип реабілітаційної послуги	Існуючі послуги – відправна точка	Принципи переходу
Гостра допомога	А. 1: Палати гострої реабілітації	Відділення відновного лікування	Ці відділення можуть використовуватись як основа для впровадження палат гострої реабілітації. Слід розширити їх та посилити мультидисциплінарними реабілітаційними командами під керівництвом лікаря ФРМ. У лікарнях, де такі відділення не існують, їх слід створити (для цього можна використати ті ліжко-місця з інших відділень, які займають реабілітаційні пацієнти).
	А. 2: Мобільні групи гострої реабілітації	Реабілітаційні підрозділи (персонал) у загальних лікарнях	Спеціалісти з реабілітації, які працюють у загальних лікарнях (гостра р.) можуть стати кістяком цих послуг. Вони мають пройти підготовку відповідно до міжнародних стандартів, а по професіях, які ще не існують, слід навчити й інтегрувати. Ці професіонали мають працювати в мультидисциплінарних командах під керівництвом лікаря ФРМ. (в ідеалі ці послуги мають поєднуватися з палатами гострої реабілітації (А. 1)).
Підгостра допомога	В. 1: Стаціонарне відділення підгострої реабілітації	Лікарні відновного лікування та відділення відновного	Існуючі відділення відновного лікування можна перетворити на стаціонарні реабілітаційні відділення. Тут також необхідні мультидисциплінар-

		лікування в інших лікарнях, шпиталях для ветеранів війни. Фізіотерапевтичні та подібні лікарні та санаторії також можуть бути основою для заснування реабілітаційних закладів підгострого етапу	ні команди, зокрема всі відповідні спеціалісти з реабілітації. Ці групи мають очолюватися лікарем ФРМ. Для фізіотерапевтичних та подібних лікарень та санаторіїв слід застосувати ті самі стандарти.
	В. 2: Амбулаторне відділення підгострої реабілітації	Амбулаторні відділення колишніх лікарень відновного лікування (в майбутньому заклади надання підгострої допомоги)	Та сама група (<i>частина групи, що використовує принцип ротації або чергування</i>) зі стаціонарного реабілітаційного закладу надає послуги в амбулаторному режимі. Існуючі амбулаторні реабілітаційні послуги недостатні для цілісної підгострої реабілітаційної допомоги. Їх слід розширити, оснастивши мультидисциплінарними командами всіх необхідних реабілітаційних спеціальностей. Також ці групи мають діяти під керівництвом лікаря фізичної та реабілітаційної медицини.
	В. 3: Монопрофільні заклади надання допомоги на підгострому етапі	Амбулаторна реабілітація у т.з. поліклініках	Тут необхідна переорієнтація терапевтів (фізичних, ерго-), однак надання допомоги доцільне у поліклініках (центрах первинної медичної допомоги).
Довготривала допомога	С. 1: Послуги періодичної стаціонарної реабілітації	Санаторії, лікарні для ветеранів війни	Санаторії та лікарні для ветеранів війни можуть бути гарною основою для надання періодичних стаціонарних послуг реабілітації для пацієнтів з хронічними станами, що обмежують життєздатність. Проте вони мають спрямовуватися на інклюзію (залучення до працевлаштування) пацієнтів, а тому мати більше активних лікувальних заходів та ширший спектр спеціалістів із реабілітації (<i>у тому числі психотерапевтів, соціальних працівників, ерготерапевтів</i>).
	С. 2: Реабілітаційні центри первинної допомоги	Амбулаторна реабілітація у т. з. поліклініках	З адаптацією професій до міжнародних стандартів.
	С. 3: Однопрофільні довготривалі послуги	Амбулаторна реабілітація у т.з. поліклініках	З адаптацією професій до міжнародних стандартів.
	С. 4: Реабілітаційні послуги на рівні громади	Первинний медпрацівник у громаді (<i>що надає базові послуги, зокрема направлення до спеціалізованих послуг</i>)	Первинні медичні послуги можуть надаватися лікарями та терапевтами, які працюють на місцях (особливо в сільській місцевості) та координуватися медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК).

Таблиця 2 – Перехідна таблиця для кадрів у сфері реабілітації

Тип професії	Назва професії або спеціальності	Існуючі професії, що можуть використовуватися як відправна точка для реформи	Принципи реформування (<i>подробиці мають бути описані у конкретних проектах</i>)
Лікарі	Фізична та реабілітаційна медицина	Повна медична освіта Перекваліфікація з неврологів, хірур-	Мінімум 4 роки післядипломної підготовки (<i>відповідно до стандартів UEMS</i>) Неврологи, хірурги-ортопеда, які працюють у сфері реабілітації, можуть пройти додаткову

		гів-ортопедів та інших спеціалістів, що власне працюють у реабілітації. Лікарі-фізіотерапевти або лікарі ЛФК	підготовку (напр. 6 тижнів теоретичний курс + 1 рік практичної підготовки) Лікарі-фізіотерапевти чи лікарі ЛФК потребуватимуть мінімум 2 роки практичної підготовки з клінічної реабілітації та 6-тижневий теоретичний курс.
	Субспеціалізація по реабілітаційних заходах	Інші лікарі, які працюють у сфері реабілітації	6-тижневий теоретичний курс, спрямований на можливість призначати реабілітаційні заходи та направляти в спеціалізовані реабілітаційні заклади.
Терапевти	Фізичні терапевти	Повна підготовка або перекваліфікація медсестер, інструкторів, інших професіоналів у сфері ОЗ, напр. у фізичній терапії, ЛФК та масажі	4-річна теоретична та практична повна підготовка. 1-річна практична підготовка, включаючи практичні курси по сучасних методах фізичної терапії.
	Ерготерапевти	Повна підготовка або перепідготовка з медсестер, інструкторів та інших професіоналів у сфері ОЗ, напр., ЛФК	4-річна теоретична і практична повна підготовка. 1-річна практична підготовка, включаючи практичні курси по сучасних методах ерготерапії.
	Логотерапевти	Логопеди	Збільшення медичних аспектів підготовки в існуючій програмі
Помічники терапевтів	Помічники фізичних терапевтів	Усі існуючі сестри з ЛФК, масажисти (медичні) та спеціалісти з фізичної реабілітації (немедичні)	Такі назви реабілітаційних спеціальностей мають бути запроваджені в Класифікаторі професій, разом з іншими: лікарі ФРМ, фізіотерапевти і так далі. Всі існуючі професіонали в галузі реабілітації – не лікарі (<i>як із медичною, так і з немедичною освітою</i>) перейменовуються в помічників фізичних терапевтів. Цей підхід збереже існуючих спеціалістів з реабілітації в медичних закладах (<i>поки процес розробки програм з фізичної та ерготерапії буде тривати</i>) і стимулюватиме їх перенавчатися. Ті, хто підвищать кваліфікацію, зможуть зайняти позиції фізичних терапевтів чи ерготерапевтів відповідно до професійних вимог. Інші залишаться помічниками фізичних терапевтів.
Медсестри	Реабілітаційна сестра	Сестра для ЛФК	Навчальні курси по сучасних техніках догляду.
Інші професії	Протезист-ортезист		Див. пропозицію звіту оцінкової місії NSPA-ISPO 2015 (<i>ISPO 2015</i>).
	Реабілітаційні психологи (<i>і психотерапевти</i>)	Лікарі-фізіотерапевти, психологи, лікарі медичної психології	6-тижневий теоретичний курс по специфічних аспектах психічної та психосоціальної реабілітації.
	Реабілітаційний працівник первинної ланки ОЗ	Сестри для фізіотерапії, ЛФК, масажу, сестри сімейних амбулаторій	2-тижневі навчальні курси з управління реабілітацією (ведення випадку).
	Соцпрацівники		Спеціальна підготовка з питань залучення (<i>у т. ч. повернення на роботу</i>) та вплив на контекстні фактори (<i>відповідно до МКФ</i>).

