

Оцінювання системи реабілітації в Україні

Грудень 2015

Основні висновки

I Контекст та завдання місії

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 Міжнародної спілки 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 2014-2021рр.

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

- Саме поняття та розуміння “інвалідності” не відповідає сучасному та міжнародно узгодженому розумінню обмежень життєдіяльності та функціонування;
- Законодавство та підзаконні акти щодо реабілітації в Україні фрагментовані, недостатньо координації між уповноваженими міністерствами та організаціями;
- 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, як 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 боку з недостатніми кадровими можливостями.

II Завдання та методи

Місія спрямована на оцінку поточної ситуації щодо осіб з обмеженнями життєдіяльності та систем реабілітації (в тому числі надання послуг та підготовки спеціалістів з реабілітації), застосування міжнародних стандартів, і розробку рекомендації з покращення 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 покращення 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 учбових 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 базується на філософії та визначеннях, які не сумісні з міжнародним розумінням** обмеження життєдіяльності як взаємодії особи з певним станом здоров'я та її середовища. Це призводить до недостатнього збору даних по обмеженнях життєдіяльності та плануванню реабілітаційних послуг, а також індивідуальної оцінки обмеження життєдіяльності та постановки цілей, щоб змінювати результати реабілітації
- **Професіонали в галузі реабілітації навчаються не у відповідності до міжнародних стандартів.** Це є очевидним, оскільки навчальна програма та акредитаційні критерії істотно відрізняються від міжнародних та європейських стандартів. Кількість спеціалістів у сфері реабілітації теж недостатнє (*напр. низька кількість та закороткий 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** в закладах надання допомоги на гострому, підгострому та довготривалому етапах. Переважно реабілітаційні заклади працюють так, як це було запроваджено в Радянському Союзі, проте було створено декілька сучасних реабілітаційних закладів. Проте вони є новими поодинокими зразками і не представляють всю систему охорони здоров'я в цілому. Це призводить до значної нестачі реабілітаційних послуг, а також до зайняття ліжок-місць та неефективного використання ресурсів у лікарнях (для лікування гострих станів). Надання допоміжних засобів відділене 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 пост-травматичний стресовий розлад). Збройний конфлікт також призвів до появи поранених та травмованих цивільних осіб, що потребують реабілітаційної допомоги.

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

A. Наступні дії мають бути вжиті для покращення 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.д., 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, конче 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** (в тому числі по 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 зайняти сильнішу роль у довготерміновій реабілітації та стати вхідною точкою для спеціалізованих реабілітаційних послуг.
6. Щоб **забезпечити висококваліфікований кадровий ресурс, необхідно запровадити міжнародні 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. У світлі збройного конфлікту на сході України, **особливі потреби осіб з обмеженнями життєдіяльності, що 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 вищеназваних 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 для **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. **Впровадження зразкових моделей реабілітаційних послуг** та оцінка результатів:
 - a. **Послуги реабілітації у на гострому етапі** в двох лікарнях на вторинному і третинному рівні
 - b. **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)
 - c. **Довготривалі послуги** (напр. надавані місцевою громадою послуги в сільській місцевості)
6. Запровадження моделей послуг по:
 - a. **Інтегроване забезпечення та інтеграцію допоміжних засобів у програм медичної реабілітації**
 - b. Один або два проекти по **інтегрованій медичній та професійній реабілітації**
7. Розробка **навчальної програми для професіоналів у сфері реабілітації**, “вибравши найкраще” з міжнародних зразків (напр. розробка учбової програми для спеціалістів з фізичної та реабілітаційної медицини відповідно до стандартів Європейської ради фізичної та реабілітаційної медицини)
8. Негайна організація **курсів освіти та підготовка для 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.

Додаток 1: Перехідна таблиця реабілітаційних послуг

Етап надання допомоги	Тип реабілітаційної послуги	Існуючі послуги – відправна точка	Принципи переходу
Гостра допомога	A.1: Палати гострої реабілітації	Відділення відновного лікування	Ці відділення можуть використовуватися 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 <i>(для цього можна використати ті ліжка місця з інших відділень, які займають реабілітаційні пацієнти)</i>
	A. 2: Мобільні групи гострої реабілітації	Реабілітаційні підрозділи <i>(персонал)</i> у загальних лікарнях	Спеціалісти з реабілітації, що працюють у загальних лікарнях <i>(гостра р.)</i> 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 (A.1))
Підгостра допомога	В.1: Стаціонарне відділення підгострої реабілітації	Лікарні відновного лікування та відділення відновного лікування в інших лікарнях, шпиталях для ветеранів війни. Фізіотерапевтичні та подібні лікарня та санаторії також можуть бути основою для заснування реабілітаційних закладів підгострого етапу	Існуючі відділення відновного лікування можна перетворити на стаціонарні реабілітаційні відділення. Тут також необхідні мультидисциплінарні 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	Та сама група <i>(частина групи, що використовує принцип ротації або чергування)</i> зі стаціонарного реабілітаційного закладу надає послуги у амбулаторному режимі. Існуючі амбулаторні реабілітаційні послуги недостатні для цілісної підгострої

		заклади надання підгострої допомоги	реабілітаційної допомоги. Їх слід розширити, оснастивши мультидисциплінарними командами усіх необхідних реабілітаційних спеціальностей. Також ці групи мають діяти під керівництвом лікаря фізичної та реабілітаційної медицини.
	<i>В.3:Монопрофільні заклади надання допомоги на підгострому етапі</i>	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 (в тому числі психотерапевтів, соціальних працівників, ерготерапевтів)
	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 (що надає базові послуги, зокрема направлення до спеціалізованих послуг)	Первинні медичні послуги можуть надаватися лікарями та терапевтами, що працюють на місцях (особливо в сільській місцевості) та координуватися медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК)

Додаток 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 (подробиці мають бути описані у конкретних проектах)
Лікарі	Фізична та реабілітаційна медицина	Повна медична освіта Перекваліфікація з неврологів, хірургів-ортопедів та інших спеціалістів, що власне працюють в реабілітації Лікарі-фізіотерапевти або лікарі ЛФК	Мінімум 4 роки післядипломної підготовки (відповідно до стандартів UEMS) Неврологи, хірурги-ортопеди, що працюють у сфері реабілітації, можуть пройти додаткову 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, що 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 існуючий програмі
Помічники терапевтів	Помічники фізичних терапевтів	Усі існуючі сестри з ЛФК, масажисти (медичні) та спеціалісти з фізичної реабілітації (немедичні) 8	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 (як із медичною, так і з немедичною освітою) 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 сучасним технікам догляду
Інші професії	Протезист-ортезист		Див. пропозицію звіту 2015- NSAP-ISPO-report (<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>в т.ч. повернення на роботу</i>) та вплив на контекстні фактори (<i>відповідно до МКФ</i>)