Документування процесу надання реабілітаційної допомоги на основі Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ)

Довідник для мультидисциплінарних реабілітаційних команд

2024

Документування процесу надання реабілітаційної допомоги на основі Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров’я (МКФ). — 2024.

Це видання створене для мультидисциплінарних реабілітаційних команд та фахівців сфери охорони здоров'я, які працюють з людьми з обмеженням функціонування. В ньому висвітлюються основні принципи документування реабілітаційного процесу, розкрито поняття реабілітаційного циклу, описано алгоритм створення індивідуального реабілітаційного плану, наводяться правила ведення медичних записів для фіксації обстежень, планування втручань та оцінки їх результативності відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров’я (МКФ). Також наводяться корисні поради щодо спілкування з пацієнтами та їхніми близькими з позиції людиноцентричного підходу МКФ. Матеріали посібника допоможуть освоїти кодування даних за стандартами МКФ, що сприятиме якісній координації роботи реабілітаційної команди та підвищенню ефективності надання допомоги.

АВТОРСЬКИЙ КОЛЕКТИВ:

Тетяна Баришок — Фізична терапевтка, національна тренерка з МКФ в Україні, кандидатка наук з фізичного виховання та спорту, доцентка кафедри фізичної терапії, ерготерапії та фізичної культури та спорту Хортицької національної академії, голова правління Всеукраїнського об'єднання фізичних терапевтів.

Олена Долинна — Лікарка фізичної та реабілітаційної медицини, національна тренерка з МКФ в Україні, керівниця центру реабілітації КНП «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенка Вінницької обласної ради», учасниця NATO-Baltic PRM Project.

МЕТОДИЧНА ПІДТРИМКА СТВОРЕННЯ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ:

Антон Янченко, Євгенія Мельник, Анастасія Бабійчук

ДИЗАЙН ТА ВЕРСТКА

Катерина Волошина

Цю публікацію створено за матеріалами освітнього онлайн-курсу «Документування процесу надання реабілітаційної допомоги на основі Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров’я (МКФ)», який включає відео-лекції, практичні завдання та надає можливість отримати сертифікат про завершення навчання.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ТРАВМ ВІЙНИ

Це видання підготовано в рамках проєкту «Реабілітація травм війни в Україні», який реалізують Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України, Міністерство соціальної політики України, Офіс Президента України, радниця-уповноважена Президента України з питань безбар'єрності, БФ «Пацієнти України», Школа реабілітаційної медицини Українського католицького університету, Protez Hub, Всеукраїнське об'єднання фізичних терапевтів, Українське товариство терапії мови і мовлення, Українське товариство ерготерапевтів, ДП «Електронне здоров’я» — за підтримки Швейцарії, Європейського Союзу та Nova Ukraine.

ЗМІСТ

	Глосарій	**7**
	Вступ. Сучасна реабілітація в Україні	**9**
ТЕМА 1	**Впровадження документування процесу надання реабілітаційної допомоги на основі МКФ**	**13**
1.1.	Нормативна база, що регламентує впровадження МКФ	13
1.2.	Значення МКФ в процесі надання реабілітаційної допомоги	15
ТЕМА 2	**Реабілітаційний цикл**	**19**
2.1.	Етапи реабілітаційного циклу	19
2.2.	Форми документування МКФ та їх використання на різних етапах реабілітаційного циклу	23
ТЕМА 3	**Індивідуальний еабілітаційний план**	**31**
3.1.	Визначення та основні положення індивідуального реабілітаційного плану	31
3.2.	Структура ІРП. Розділи. Роль фахівців з реабілітації у створенні та документуванні ІРП	34
ТЕМА 4	**Заповнення розділів ІРП**	**39**
4.1.	Перший розділ ІРП. Гострий період реабілітації	39
4.2.	Перший розділ ІРП. Післягострий реабілітаційний період. Етап надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах	49
4.3.	Другий розділ ІРП. Післягострий реабілітаційний період. Етап надання реабілітаційноїдопомоги в амбулаторних умовах / домашній реабілітації / у територіальній громаді	58
4.4.	Третій розділ ІРП. Довготривалий період реабілітації	65
ТЕМА 5	**Комунікація з особою, яка потребує реабілітації, її законними представниками, членами родини**	**71**
5.1.	Роль особи, яка потребує реабілітації, її законного представника, членів родини в створенні ІРП	71

ГЛОСАРІЙ

АСК
Австралійський стандарт кодування

ВООЗ
Всесвітня організація охорони здоров’я

ДЗР
Допоміжні засоби реабілітації

ЕМЗ
Електронний медичний запис

ЕСОЗ
Електронна система охорони здоров’я

ЕТ
Ерготерапевт

ЕЦП
Електронний цифровий підпис

ЗОЗ
Заклад охорони здоров'я

ІРП
Індивідуальний реабілітаційний план

КЕП
Кваліфікований електронний підпис

КМУ
Кабінет Міністрів України

Лікар ФРМ
Лікар фізичної та реабілітаційної медицини

МДРК
Мультидисциплінарна реабілітаційна команда

МІС
Медична інформаційна система

МКМІ
Міжнародна класифікація медичних інтервенцій (коректний переклад: Міжнародна класифікація інтервенцій у сфері охорони здоров’я)

МКФ
Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров’я

МКФ-ДП
Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров’я дітей та підлітків

МКХ
Міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям

МОЗ
Міністерство охорони здоров'я України

НК
Національний класифікатор

НСЗУ
Національна служба здоров'я України

ООН
Організація Об'єднаних Націй

ПМГ
Програма медичних гарантій

ПМД
Первинна медична допомога

ТММ
Терапевт мови та мовлення

ФРМ
Фізична та реабілітаційна медицина

ФТ
Фізичний терапевт

ISO
Міжнародна організація зі стандартизації

ВСТУП. Сучасна реабілітація в Україні

Текст: Володимир Голик
кандидат медичних наук, доцент, лікар фізичної та реабілітаційної медицини

Створення системи сучасної реабілітації потребує принципової зміни світогляду, що полягає у необхідності повернення людини до суспільства. Необхідним є також запровадження нової системи координат, яка організовує процес надання реабілітаційної допомоги.

Неможливим є надання реабілітаційної допомоги без наявності нових реабілітаційних професій та відповідно навчених фахівців з реабілітації, які здатні за запитом пацієнта та з використанням мультидисциплінарної командної співпраці сформувати мету та завдання реабілітації, визначитись з необхідними реабілітаційними інтервенціями, а також які спроможні забезпечити ефективну реалізацію створеного реабілітаційного плану в складних українських умовах.

Безумовно, сучасна реабілітація, як і будь-що сучасне, потребує:

- **Кількісного оцінювання** — бо те, що ми не можемо виміряти, не може бути покращено;
- **Застосування практик, що ґрунтуються на доказах, —** бо право на вільне відвідування мольфара або гадалки, або використання електрофорезу є у кожної людини, але це в жодний спосіб не стосується фінансування від держави;
- **Планування та документування** — бо в більшості випадків досягнення мети реабілітації потребує кропіткої та багатоетапної роботи, та координованих зусиль з надання реабілітаційної допомоги в різних реабілітаційних закладах, відділеннях та окремими фахівцями з реабілітації, які надають цю допомогу за місцем перебування пацієнта, вдома, в громадах.

Сучасна реабілітація та біопсихосоціальний підхід, на якому вона ґрунтується — це обов'язково про плідну взаємодію особи, яка має обмеження життєдіяльності, та її середовища, це про рух особи та її середовища назустріч.

Навички пацієнта щодо виконання багатьох необхідних речей, здобуті в умовах комфортної зали фізичної терапії в найкращому реабілітаційному закладі без врахування його реального середовища та реального способу життя, можуть бути повністю або частково не реалізовані.

В реабілітації не працює механізм, який часто застосовується в медичній допомозі, коли родичі просять лікаря вилікувати пацієнта без його бажання. Відсутність мотивації та бажання відновлятись критично ускладнює реабілітаційну допомогу, або робить її неможливою.

Сучасна реабілітаційна допомога — це про цілісну людину та її бажання жити гідно, а не про окрему хворобу або функціональну проблему, яку вона має. Тож в реабілітації не принципово, від чого у людини не працюють праві кінцівки — вона хоче ходити, бігати та їсти із використанням цих кінцівок.

Та сучасна мультидисциплінарна реабілітаційна команда має забезпечити їй ці можливості через відновлення втрачених функцій та/або через модифікацію середовища та способу, в який хода, біг та вживання їжі відбуваються.

Ви познайомитесь з новою філософією, системою координат, організаційною моделлю та способом документування сучасної реабілітаційної допомоги для цілісної людини в будь-якому реабілітаційному закладі або іншому місці надання реабілітаційної допомоги, незважаючи на назву хвороби, травми або іншого стану здоров'я.

Це Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я. Вона має офіційний переклад українською мовою, законодавчо та нормативно визнана в Україні. Вона затверджена наказом Міністерства економіки України як Національний класифікатор НК

030:2022 «Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я», або скорочено МКФ.

Дивлячись в історію розвитку охорони здоров'я, зокрема реабілітації, можна відмітити, що МКФ є однією з найбільш молодих фундаментальних системоутворюючих класифікацій — її було затверджено Генеральною Асамблеєю ВООЗ тільки в 2001 році.

Станом на зараз МКФ разом з МКХ завершує формування сім'ї міжнародних класифікацій ВООЗ та очікує на фіналізацію розробки та затвердження Міжнародної класифікації інтервенцій у сфері охорони здоров'я.

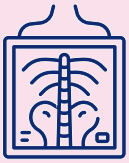
Після затвердження ВООЗ цієї третьої класифікації ми будемо мати можливість застосування повністю холістичного підходу до людини:

МКХ

Дає інформацію про хвороби, які є в особи

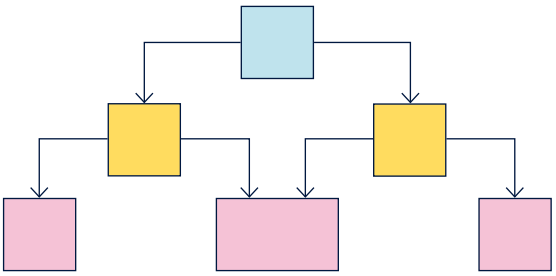
МКФ

Дає інформацію про порушення функціонування внаслідок будь-яких наявних станів здоров'я



МКМІ

Дає інформацію про будь-які втручання у сфері охорони здоров'я, діагностичні, терапевтичні та хірургічні, які людина потребує, отримує та результати їх застосування



Тож маємо чітко розуміти, що МКФ не замінює МКХ, проте вони є взаємодоповнюючими класифікаціями та застосовуються разом.

В Україні в ході реформи фінансування системи охорони здоров'я були адаптовані МКХ-10 австралійської модифікації та Австралійський класифікатор медичних інтервенцій, які в Україні були затверджені в якості національних класифікаторів 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я» та 026:2021 «Класифікатор медичних інтервенцій».

Чи є МКФ інструментом або засобом вимірювання?

Звичайно ні, для цього традиційно використовуються стандартизовані та валідовані шкали функціонального оцінювання, більшість яких існували ще до ери МКФ та які історично використовують фахівці з реабілітації у своїй практичній діяльності.

Як співвідносяться шкали функціонального оцінювання та інформація, що збирається системою МКФ?

Кожна зі шкал оцінює свій напрямок, зазвичай не даючи уявлення про загальну картину стану функціонування особи. Проте МКФ на підставі даних відповідних шкал збирає та систематизує інформацію. Тож МКФ можливо порівняти із мовою, яка живе та розвивається, використовуючи різні букви алфавіту, яким є для МКФ шкали функціонального оцінювання.

Чи буде вам важко опанувати МКФ та систему документування реабілітаційної допомоги, яка ґрунтується на цій моделі?

Можемо порівняти це із вивченням мови — у дітей, які до того не розмовляли, це може відбутись більш просто, ніж у дорослих, які вже тривалий час користуються певною мовою, та це повністю забезпечує їх спілкування.

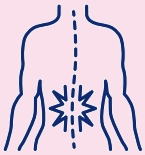
Нова для України сучасна реабілітація — це нова філософія, нова система та нова мова. Та цією мовою нової реабілітації в Україні є МКФ.

ТЕМА 1

Впровадження документування процесу надання реабілітаційної допомоги на основі МКФ

1.1. Нормативна база, що регламентує впровадження МКФ

Цей розділ присвячено основним нормативно-правовим актам, які регламентують впровадження МКФ в систему охорони здоров'я України та документування процесу надання реабілітаційної допомоги.



МКФ

Міжнародна класифікація функціонування обмежень життєдіяльності та здоров'я

Міжнародна класифікація функціонування схвалена ВООЗ у 2001 році під час 54-ї Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я.

З метою імплементації МКФ в Україні

Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків» від 27.12.2017 р. №1008-р.

Для впровадження класифікації в практику ОЗ та безперервний професійний розвиток затверджено офіційний переклад

Наказ МОЗ України від 23.05.2018 №981 «Про затвердження перекладу Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків» та наказ МОЗ України від 21.12.2018 №2449 «Про внесення змін до перекладу Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків».

Задля впровадження МКФ у діяльність закладів освіти та охорони здоров'я

Наказ МОЗ України №552 від 23.03.2018 «Про затвердження плану заходівМОЗ України з використання плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків».

МКФ/МКФ-ДП використовується для:

- інтеграції фізичних, ментальних, соціальних аспектів стану пацієнтів;
- ранньої діагностики і виявлення стану здоров'я та обмежень життєдіяльності, катамнестичного спостереження;
- міждисциплінарного підходу, взаємодії та обміну інформацією.

Керуючись рекомендаціями ВООЗ щодо спільного використання еталонних класифікацій з метою всеохоплюючого опису питань здоров'я та питань, пов'язаних із здоров'ям, в Україні затверджено національні класифікатори, які є адаптованими версіями МКХ, МКФ, МКМІ та включено їх до ЕСОЗ.

1.2. Значення МКФ в процесі надання реабілітаційної допомоги

Цей розділ присвячено значенню МКФ у процесі надання реабілітаційної допомоги.

Навіщо потрібно використовувати МКФ у щоденній клінічній практиці?

Реабілітація підтримується міжнародним правом, що зазначено в багатьох деклараціях та конвенціях, наприклад, у Конвенції ООН про права осіб з обмеженнями життєдіяльності.

Реабілітація підтримується регіональним законодавством ЄС.

ВООЗ підтримує послуги охорони здоров'я у практиці реабілітації та послуг ФРМ.

З точки зору прав людини реабілітаційна практика відповідає основним стандартам надання послуг охорони здоров'я.

Відповідно до цих стандартів реабілітаційні послуги мають бути:

- **Доступні з фізичної та інформаційної точки зору**
- **Не дискримінаційними**
- **Науково доцільними та достатньої якості**
- **Прийнятними з етичної та культурної точки зору**
- **Доступними за ціною**

Початок реабілітаційного процесу

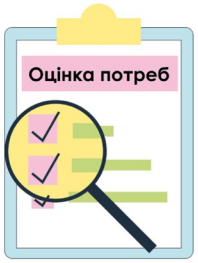
Реабілітаційний процес традиційно починається з оцінювання.

Оцінювання функціонування — це вихідна точка науково обґрунтованого реабілітаційного процесу, орієнтованого на пацієнта! Перехід від теорії до практики.

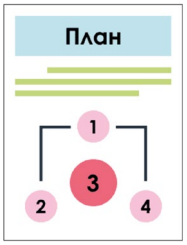
На відміну від біологічної моделі із зосередженням тільки на лікуванні хвороби або її наслідків, сутність біопсихосоціальної моделі, що лежить в основі МКФ, полягає у реалізації можливостей людини в окремих життєвих ситуаціях, з урахуванням її потреб та факторів середовища.

За МКФ можна класифікувати не лише стани здоров'я, які у більшості випадків мають чітко сформульований діагноз, але і інші чинники, пов'язані зі здоров'ям (умови та обставини життя людини, її здатність до участі у життєвих ситуаціях, залежність від фізичних та соціальних факторів середовища).

МКФ — практичний інструмент, який дозволяє:



Провести оцінку потреб осіб, які потребують реабілітації, що враховує вікові особливості, стан здоров'я, взаємодіюз сім'єю, суспільством та навколишнім середовищем



Розробити індивідуальний план реабілітації кожній особі незалежно від ступеню порушення її функціонування

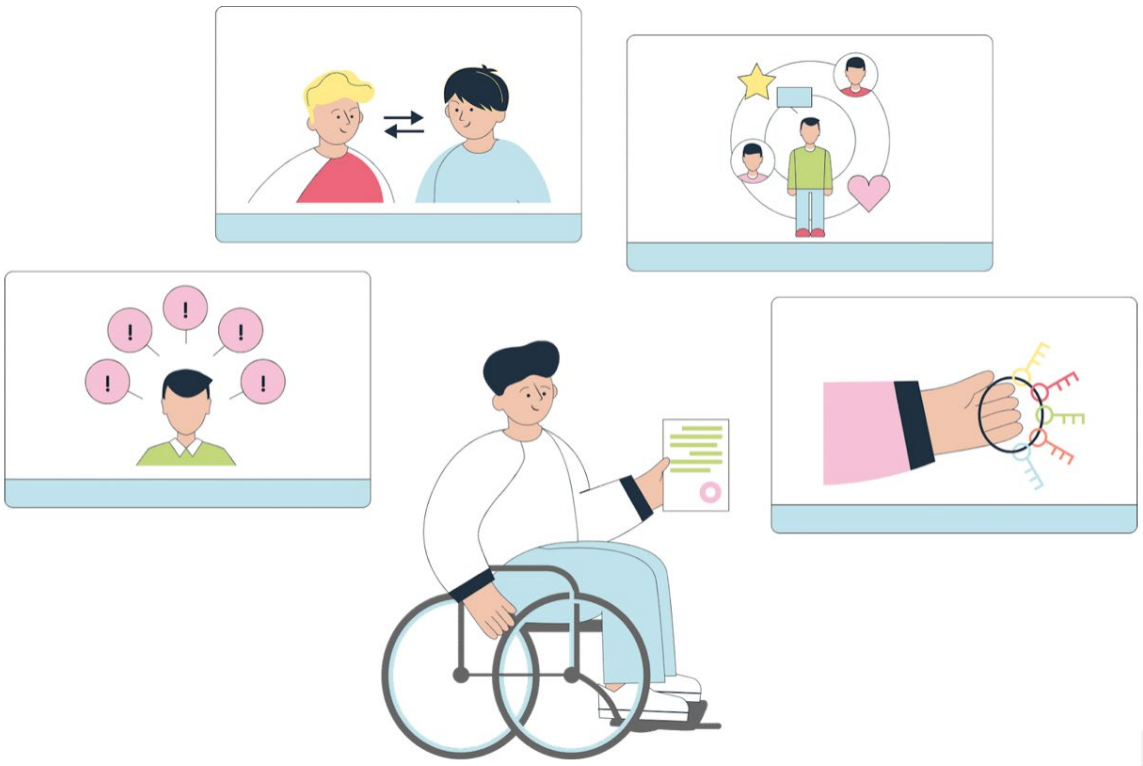
МКФ описує весь комплекс життєдіяльності та функціонування особи та відображає всі зміни, пов'язані з її розвитком та соціальним контекстом.

МКФ передбачає можливість отримання **широкої та більш значущої картини здоров'я людини,** яка може бути використана для:

- прийняття оптимальних рішень щодо індивідуальних потреб особи;
- вибору варіантів методів лікування, реабілітаційних заходів;
- планування заходів соціального захисту та ін.

МКФ орієнтована на наступні питання

- Вплив на функціонування взаємодії людини із сім'єю або іншими особами, що здійснюють за нею догляд.
- Вплив фізичних, соціальних та психологічних факторів середовища на функціонування особи.
- Можливості залучення особи до життєвої ситуації та участі в ній.
- Варіації функціонування особи та формування/набуття навичок, пов'язаних з індивідуальними відмінностями життя людини.



МКФ дозволяє керувати процесом реабілітації:

- описати функціонування особи та фактори, що його ускладнюють та полегшують;
- визначити вплив факторів середовища на виконання (продуктивність) та здатність;
- визначити мету та завдання реабілітаційних послуг;

- визначити втручання та фахівців, що за них відповідають;
- визначити мету та завдання реабілітаційних послуг;
- визначити втручання та фахівців, що за них відповідають;
- показати зміни функціонального статусу пацієнта та досягнення мети;
- оцінити ефективність надання реабілітаційної допомоги;
- оцінити реабілітаційні ресурси;
- показати зміни функціонального статусу пацієнта та досягнення мети;
- оцінити ефективність надання реабілітаційної допомоги;
- оцінити реабілітаційні ресурси;
- надати інформацію для подальшого планування реабілітації;
- спрямувати комунікацію в команді;
- надати інформацію для подальшого планування реабілітації;
- спрямувати комунікацію в команді.

За допомогою МКФ можна:

- сприяти забезпеченню якості реабілітаційних послуг;
- покращити якість життя осіб з обмеженнями життєдіяльності та їх сімей;
- забезпечити рівність доступу до працевлаштування;
- зміцнити та підтримати структури навколо осіб з обмеженнями життєдіяльності;
- розробляти програми та ресурси для задоволення потреб осіб з обмеженнями життєдіяльності.

ТЕМА 2
Реабілітаційний цикл

2.1. Етапи реабілітаційного циклу

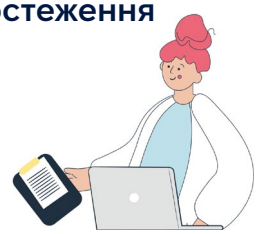
Цей розділ присвячено поняттю реабілітаційного циклу та основним його етапам.

Управління процесом надання реабілітаційної допомоги можна охарактеризувати як стратегію розв'язання проблем особи, яка потребує реабілітації.

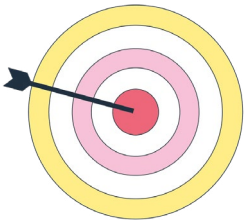
Однією з таких стратегій, заснованих на МКФ, є реабілітаційний цикл.

Реабілітаційний цикл — це одиниця організації надання реабілітаційної допомоги, яка включає:

проведення **первинного** реабілітаційного **обстеження**

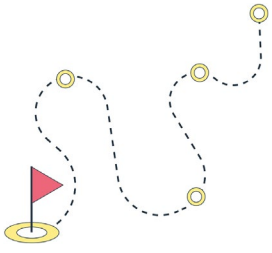


встановлення **мети та завдань** реабілітації



проведення **заключного реабілітаційного обстеження** з оцінкою результативності наданої реабілітаційної допомоги

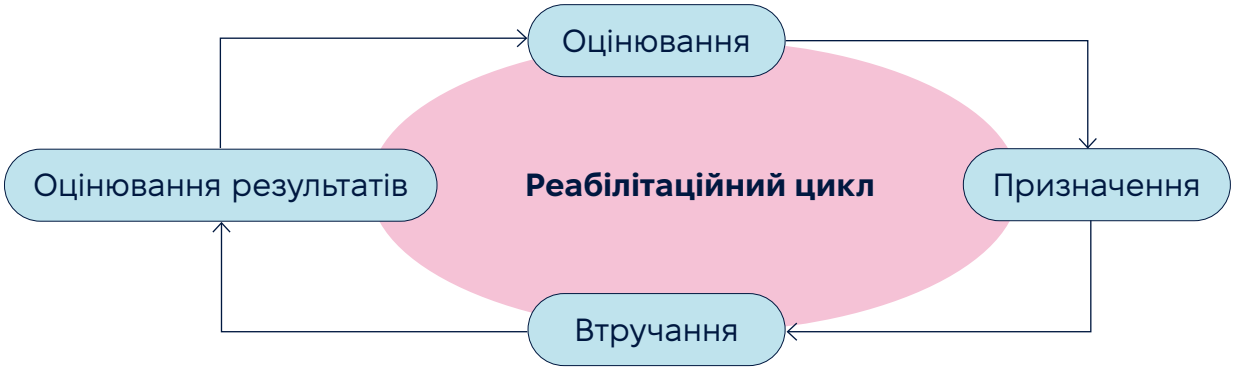
призначення, планування та **реалізацію програм терапії** фахівцями з реабілітації



Реабілітаційний цикл:

- полегшує структурування, організацію та документування процесу надання реабілітаційної допомоги;
- допомагає фахівцям з реабілітації координувати свої дії.

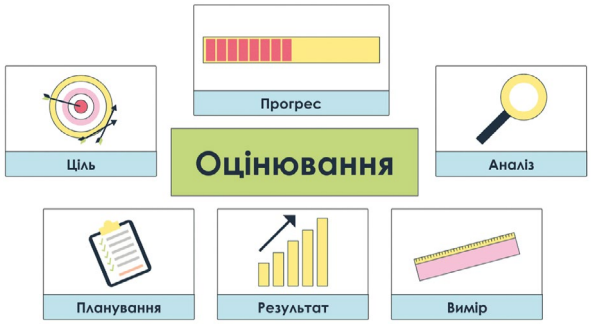
Реабілітаційний цикл складається з чотирьох ключових етапів:



Перший етап реабілітаційного циклу — оцінювання. Це безперервний процес, під час якого інформація збирається з різних джерел (наприклад: опитування пацієнта, медичні записи тощо).

Оцінювання є важливим кроком у реабілітаційному циклі. **Отримана інформація допомагає надалі:**

- встановити медичний та реабілітаційний діагноз;
- визначити індивідуальні реабілітаційні потреби;
- встановити завдання реабілітації;
- обрати або змінити реабілітаційні втручання;
- виявити прогалини в наданні послуг та покращити ефективність реабілітаційної допомоги.



На етапі призначення:

- визначається склад мультидисциплінарної реабілітаційної команди;
- встановлюються мета та завдання реабілітації;
- обираються реабілітаційні втручання;
- складається та затверджується індивідуальний реабілітаційний план.

Під час етапу втручання безпосередньо відбувається реалізація індивідуального реабілітаційного плану.

Оцінювання результатів реабілітації передбачає повторне застосування інструментів оцінювання, які були використані на етапі оцінювання з метою визначення ефективності реабілітації, подальшого планування реабілітаційної допомоги та реабілітаційного маршруту.

Кожному етапу реабілітаційного циклу відповідають різні інструменти документування МКФ:

Документування здійснюється на основі Листка оцінювання МКФ та Категорійного профілю МКФ.

Використовується Таблиця втручань МКФ.

Інформація вноситься в Дисплей оцінювання МКФ.

Створені на основі МКФ інструменти документування полегшують використання класифікацій у клінічній практиці та можуть бути використані в управлінні реабілітаційною допомогою.

Кожен з етапів надання реабілітаційної допомоги включає застосування всіх компонентів не менш як одного реабілітаційного циклу.

У разі тривалого надання реабілітаційної допомоги застосування компонентів одного реабілітаційного циклу передбачає досягнення конкретних короткострокових реабілітаційних завдань.

Початок та закінчення кожного з етапів надання реабілітаційної допомоги супроводжуються проведенням первинного та заключного реабілітаційного обстеження, що відповідає початку та закінченню реабілітаційного циклу.

У разі, коли протягом одного етапу надання реабілітаційної допомоги виконується декілька реабілітаційних циклів, кожен цикл закінчується етапним реабілітаційним обстеженням.

Детальніше інструменти документування на основі МКФ будуть розглянуті в наступному розділі.

2.2. Форми документування МКФ та їх використання на різних етапах реабілітаційного циклу

Цей розділ присвячений формами документів, що пропонують розробники МКФ. На основі цих документів розроблялася українська форма індивідуального реабілітаційного плану.

Всі форми документування прив'язані до чотирьох етапів реабілітаційного циклу: оцінювання, призначення, втручання та оцінювання результатів.

Лист оцінювання МКФ — це перший документ, який заповнюється на етапі оцінювання на початку спілкування та роботи з пацієнтом.

<table>
<tr><th colspan="4">Лист оцінювання МКФ</th></tr>
<tr><td colspan="2">Дата:
Діагноз:</td><td colspan="2">Мета
програми:</td></tr>
<tr><td rowspan="3">З точки зору пацієнта</td><td rowspan="3">Структури та Функції організму</td><td colspan="2">Позиція клієнта — історія пацієнта, опитування</td></tr>
<tr><td>Судження пацієнта/клієнта щодо функцій та/або структур тіла</td><td rowspan="3">Активність та Участь</td><td>Судження пацієнта/клієнта щодо залучення до повсякденної/періодичної активності та участі в суспільному, соціальному та політичному житті</td></tr>
<tr><td rowspan="2">З точки зору фахівця з реабілітації</td><td>Інформація/оцінювання МДК Функцій та структур тіла пацієнта/клієнта</td><td>Інформація/оцінювання МДК залучення пацієнта/клієнта до повсякденної/ періодичної активності та участі в суспільному, соціальному та політичному житті</td></tr>
<tr><td colspan="2">Позиція фахівця з реабілітації — з клінічного огляду та спеціального обстеження</td></tr>
<tr><td colspan="2">Фактори середовища</td><td colspan="2">Особисті фактори</td></tr>
<tr><td colspan="2">Інформація/оцінювання МДК та пацієнтом/клієнтом факторів середовища, які слугують бар'єрами та/або полегшуючими факторами</td><td colspan="2">Інформація/оцінювання МДК та пацієнтом/клієнтом особистих факторів, які слугують бар'єрами та/або полегшуючими факторами</td></tr>
</table>

Лист оцінювання МКФ містить інформацію про:

- стан структур та функцій організму;
- обмеження активності та участі як з точки зору пацієнта, так і з точки зору фахівця з реабілітації;
- фактори середовища та особисті фактори, які впливають на функціонування пацієнта.

<table>
<tr><th colspan="4">Лист оцінювання МКФ</th></tr>
<tr><td colspan="2">Дата:
Діагноз:</td><td colspan="2">Мета
програми:</td></tr>
<tr><td rowspan="2">З точки зору пацієнта</td><td rowspan="2">Структури та Функції організму</td><td>Судження пацієнта/клієнта щодо функцій та/або структур тіла

Приклад: в мене часто виникає біль в ураженій руці</td><td rowspan="2">Активність та Участь</td><td>Судження пацієнта/клієнта щодо залучення до повсякденної/періодичної активності та участі в суспільному, соціальному та політичному житті

Приклад: не можу самостійно поїсти та помитися
Приклад: не можу ходити навіть по квартирі</td></tr>
<tr><td>З точки зору фахівця з реабілітації</td><td>Інформація/оцінювання МДК Функцій та структур тіла пацієнта/клієнта

Приклад: помірний біль в ураженій верхній кінцівці</td><td>Інформація/оцінювання МДК залучення пацієнта/клієнта до повсякденної/періодичної активності та участі в суспільному, соціальному та політичному житті

Приклад: помірна залежність у прийомі їжі та миті через помірні обмеження у використанні кисті та руки
Приклад: значне обмеження у самостійному переміщенні</td></tr>
<tr><td colspan="2">Фактори середовища</td><td colspan="2">Особисті фактори</td></tr>
<tr><td colspan="2">Інформація/оцінювання МДК та пацієнтом/клієнтом факторів середовища, які слугують бар’єрами та/або полегшуючими факторами

Приклад: квартира не адаптована до крісла колісного, знаходиться на 3-му поверсі і не має ліфта
Приклад: підтримка дітей</td><td colspan="2">Інформація/оцінювання МДК та пацієнтом/клієнтом особистих факторів, які слугують бар’єрами та/або полегшуючими факторами

Приклад: 65-річна жінка
Приклад: має мотивацію, позитивно мислить</td></tr>
</table>

В чому корисність даного документа?

+ Цей документ поєднує думки як пацієнта щодо його функціонування, так і фахівців, що робить його пацієнтоцентричним та мотивує пацієнта до занять та активної участі у процесі реабілітації.

- Одночасно відображає позицію пацієнта/ його законних представників та фахівців реабілітації, і в такий спосіб підкріплює важливість відчуттів пацієнта при оцінці його функціонування.
- Дозволяє відобразити зв'язок між різними аспектами функціонування та контекстуальними факторами.

Категорійний профіль МКФ

- **Один із основних документів МКФ, який також відображає результати оцінювання.**
- **Має форму таблиці.**
- **Дозволяє зібрати та чітко відобразити всю інформацію про функціонування пацієнта.**

Приклад Категорійного профілю МКФ від розробників (ICF Research Branch)

Категорійний профіль МКФ

(G) Long-term Goal: Independently use of ADHEAR without assistance or prompting in various situations and settings									0
(SP) Service-Program Goal: Independently handling/using accessories + optimise hearing									0
(C) Cycle goal 1: Able to put on/take off independently/handling									0
(C) Cycle goal 2: Able to use accessories incl. connectivity to other audio devices									0
(C) Cycle goal 3: Optimise hearing									1
ICF categories		ICF Qualifier problem						Goal Relation	Goal value
		0	1	2	3	4			
b130	Energy and drive functions								
b140	Attention functions								
b1560	Auditory functions							C3	1
b152	Emotional functions								
b2300	Sound detection							C3	1
b2301	Sound discrimination							C3	1
b2302	Localisation of sound source							C3	1
b2304	Speech discrimination							C3	1
b240	Sensations associated with hearing and vestibular functions	Need more information							
b280	Sensation of pain								
d115	Listening							C3	1
d160	Focusing attention								
d310	Communicating with – receiving – spoken messages							C3	1
d330	Speaking								
d350	Conversation							C3	0
d360	Using communication devices and techniques							C1,2	0
d240	Handling stress and other psychological demands								
d7504	Informal relationships with peers								

d760	Family relationship											
d820	School education						C1,2		0			
d920	Recreation and leisure						C1,2		0			
		facilitator					barrier				Goal Relation	Goal value
		4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4		
e1251	Assistive products & technology for communication										SP	+4
e310	Immediate family										SP	+4
e320	Friends	Need more information										
e425	Individual attitudes of acquaintances, peers, colleagues...											
pf	Coping with hearing loss											
pf	Having "ownership" of his hearing device										SP	+3

В чому корисність даного документа?

- Дозволяє представити функціональний статус пацієнта та вплив контекстуальних факторів;
- Ілюструє зв'язок між завданнями реабілітації та аспектами функціонування, контекстуальними факторами (середовища та особистими);
- Сприяє керуванню реабілітаційними заходами шляхом посилення комунікації та спільного встановлення мети;
- Може служити підставою/основою для планування реабілітаційних заходів.

Категорійний профіль МКФ												
Мета:	Повернення незалежності у суспільно значущих активностях, профілактика ускладнень											
Завдання 1:	Покращення мобільності											
Завдання 2:	Збільшення самостійності у самообслуговуванні											
Завдання 3:	Покращення функціонування верхньої кінцівки											
Категорії МКФ	**Кваліфікатори МКФ**										**Приналежність меті, завданню**	**Очікуваний результат**
Функції і структури організму, активність та участь					**Проблема**							
					0	**1**	**2**	**3**		**4**		
s730 Структура верхньої кінцівки											**2,3**	**0**
b110 Функції свідомості												
b140 Функції уваги											**M**	**0**
b280 Сприйняття болю											**3**	**1**
b730 Функції м'язової сили											**1,3**	**1**
d310 Комунікування з – отримання - усних повідомлень												
d330 Усне мовлення												
d450 Ходьба											**1**	**1**
d510 Миття											**2,3**	**1**
d540 Користування одягом і взуттям											**2,3**	**1**
d550 Вживання їжі											**2,3**	**1**
Фактори середовища	**Полегшуючі фактори**					**Бар'єри**						
	4+	**3+**	**2+**	**1+**	**0**	**1**	**2**	**3**		**4**		
e310 Найближча родина												
e355 Фахівці сфери охорони здоров'я											**+4**	

Для кращого візуального сприйняття при побудові категорійного профілю використовується кольорове забарвлення. Чим більше забарвлення, тим глибші проблеми у функціонуванні пацієнта.

Таблиця втручань МКФ

Переходимо до планування реабілітаційної допомоги. Це етап призначення, а за ним етап втручання, які відображаються в таблиці втручань МКФ.

Приклад Таблиці втручань МКФ від розробників (ICF Research Branch)

Таблиця втручань МКФ

	Intervention target		Intervention	Doc	Nurse	PT	OT	Psych	Others	First value	Goal value	Final value
Body function / structure	b152	Emotional functions	Psychological counselling					X		2	1	
	b280	Sensation of pain	Active movement therapy			X				2	1	
	b440	Respiration functions	Diagnostic	X						1	0	
			Music therapy						X			
	b7603	Supportive functions of arms	Circuit training							1	0	
			Prop-up training			X						
	s810	Structure of areas of skin	Skin care and instruction on optimal skin care		X					2	0	
Activities / Participation	d230	Carrying out daily routine	Self-management training		X	X	X			3	2	
	d520	Caring for body parts	Self-care training		X					3	2	
	d530	Toileting	Instruction for optimally using assistive devices		X					3	2	
			Dressing training specifically related toileting		X		X					
	d570	Looking after one's health	Self-care training		X		X			2	1	
	d720	Complex interpersonal interactions	Psychological counselling					X		2	0	
	d750	Informal social relationships	Psychological counselling					X		2	0	
			Group activities		X	X	X					
	d820	School education	Psychological counselling					X		2	0	
	d920	Recreation and leisure	Swimming group							0	0	
EF	e1201	Assistive products and technology for personal indoor and outdoor mobility and transportation	Check of wheelchair			X	X			3+	4+	
PF	pf	Social competencies	Psychological counselling					X		0	2+	
			Group activities		X	X	X					
	pf	Goal orientation	Vocational counselling						X	0	2+	

Що ж це за документ?

Розглянемо приклад українською мовою.

Таблиця втручань МКФ

	Об'єкт втручання		Втручання	Лікар	МС	ФТ	ЕТ	Психолог	Початкове значення	Очікуваний результат	Кінцеве значення
Функції/Структури тіла	s730	Структура верхньої кінцівки	Позиціонування	+	+	+			2	1	
	b140	Функції уваги	Когнітивні стратегії					+	1	0	
	b280	Сприйняття болю	Позиціонування, активні вправи			+	+		2	1	
	b730	Функції м'язової сили	Силові вправи			+			2	1	
	d450	Ходьба	Рівновага, безпечна ходьба. Підбір палиці			+			3	1	
Активність та участь	d510	Миття	Формування активності, адаптація середовища				+		3	1	
			Організація процесу, контроль, допомога		+						
	d540	Користування одягом і взуттям	Формування активності, навчання				+		2	1	
			Організація процесу, контроль, допомога		+						
	d550	Вживання їжі	Підбір адаптивного обладнання, навчання				+		2	1	
			Організація процесу, контроль		+						
Фактори середовища	e310	Найближча родина							+4		
	e355v	Фахівці сфери охорони здоров'я		+	+	+	+		4	+4	

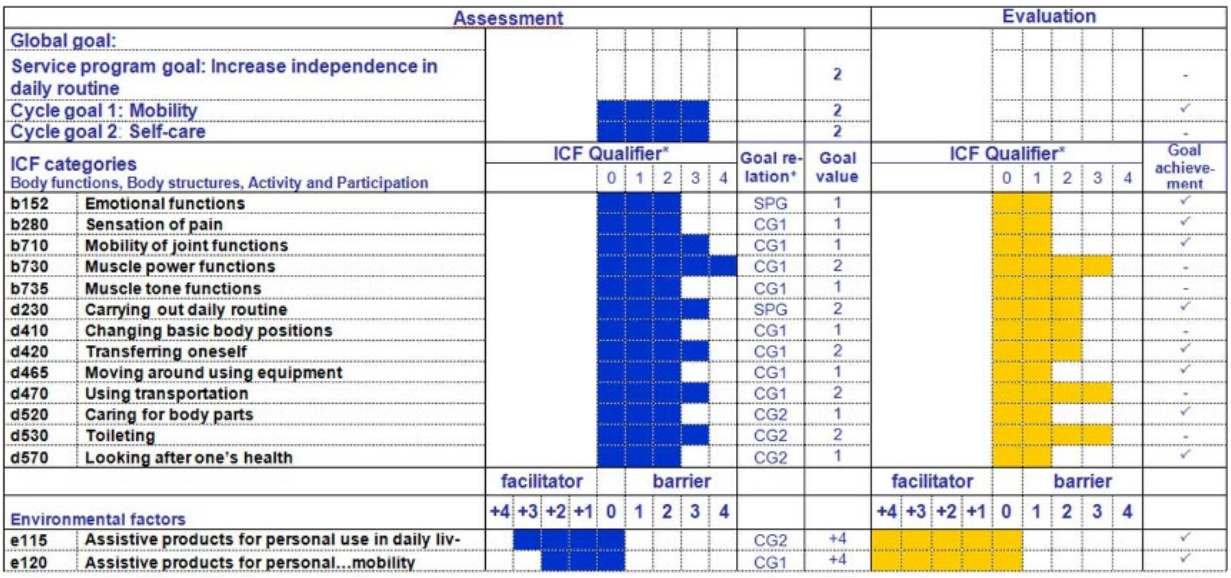
В чому корисність даного документа?

- Надає огляд того, які втручання призначено для досягнення мети та завдань реабілітації, а також того, за що відповідають різні фахівці;
- Показує необхідні ресурси;
- Спрямовує комунікацію та уточнює ролі членів мультидисциплінарної команди;
- Може допомогти побачити надлишковість або прогалини.

Дисплей оцінювання МКФ

Це документ, що дозволяє відобразити результат надання реабілітаційної допомоги.

Приклад Дисплея оцінювання МКФ від розробників (ICF Research Branch)



Assessment											Evaluation									
Global goal:																				
Service program goal: Increase independence in daily routine										2										-
Cycle goal 1: Mobility					■	■	■	■		2										✓
Cycle goal 2: Self-care					■	■	■			2										-
ICF categories Body functions, Body structures, Activity and Participation			ICF Qualifier*						Goal relation*	Goal value			ICF Qualifier*						Goal achievement	
					0	1	2	3	4						0	1	2	3	4	
b152	Emotional functions				■	■	■			SPG	1				■	■				✓
b280	Sensation of pain				■	■	■			CG1	1				■	■				✓
b710	Mobility of joint functions				■	■	■	■		CG1	1				■	■				✓
b730	Muscle power functions				■	■	■	■	■	CG1	2				■	■	■	■		-
b735	Muscle tone functions				■	■	■			CG1	1				■	■	■			-
d230	Carrying out daily routine				■	■	■	■		SPG	2				■	■	■			✓
d410	Changing basic body positions				■	■	■			CG1	1				■	■	■			-
d420	Transferring oneself				■	■	■	■		CG1	2				■	■	■			✓
d465	Moving around using equipment				■	■	■			CG1	1				■	■				✓
d470	Using transportation				■	■	■	■		CG1	2				■	■	■	■		-
d520	Caring for body parts				■	■	■			CG2	1				■	■				✓
d530	Toileting				■	■	■	■		CG2	2				■	■	■	■		-
d570	Looking after one's health				■	■	■			CG2	1				■	■	■			✓
		facilitator				barrier						facilitator				barrier				
Environmental factors		+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4			+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	
e115	Assistive products for personal use in daily liv-		■	■	■	■					CG2	+4					■					✓
e120	Assistive products for personal...mobility			■	■	■					CG1	+4					■					✓

В основі відображення дисплея оцінювання МКФ лежать два категорійні профілі:

- **перший — побудований на початку циклу реабілітації,**
- **другий — наприкінці.**

Розглянемо приклад українською мовою.

Дисплей оцінювання МКФ

Оцінювання												Повторне оцінювання (аналіз)											
Мета:	Повернення незалежності у суспільно значущих активностях, профілактика ускладнень																						
Завдання 1:	Покращення мобільності																						
Завдання 2:	Збільшення самостійності у самообслуговуванні																						
Завдання 3:	Покращення функціонування верхньої кінцівки																						
Категорії МКФ	**Кваліфікатори МКФ**										**Приналежність меті, завданню**	**Очікуваний результат**	**Кваліфікатори МКФ**										**Досягнення очікуваного результату**
Функції і структури організму, активність та участь					**Проблема**												**Проблема**						
					0	1	2	3	4								0	1	2	3	4		
s730 Структура верхньої кінцівки											2,3	0											-
b140 Функції уваги											M	0											V
b280 Сприйняття болю											3	1											V
b730 Функції м'язової сили											1,3	1											V
d450 Ходьба											1	1											-
d510 Миття											2,3	1											V
d540 Користування одягом і взуттям											2,3	1											V
d550 Вживання їжі											2,3	1											V
Фактори середовища	**полегшуючі фактори**				**бар'єри**								**полегшуючі фактори**				**бар'єри**						
	4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4				4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4		
e310 Найближча родина																							
e355 Фахівці сфери охорони здоров'я											+4												V

В чому корисність даного документа?

- Показує зміни функціонального статусу пацієнта та досягнення мети та завдань;
- Надає інформацію для подальшого планування реабілітаційної допомоги.

ТЕМА 3
Індивідуальний реабілітаційний план

3.1. Визначення та основні положення індивідуального реабілітаційного плану

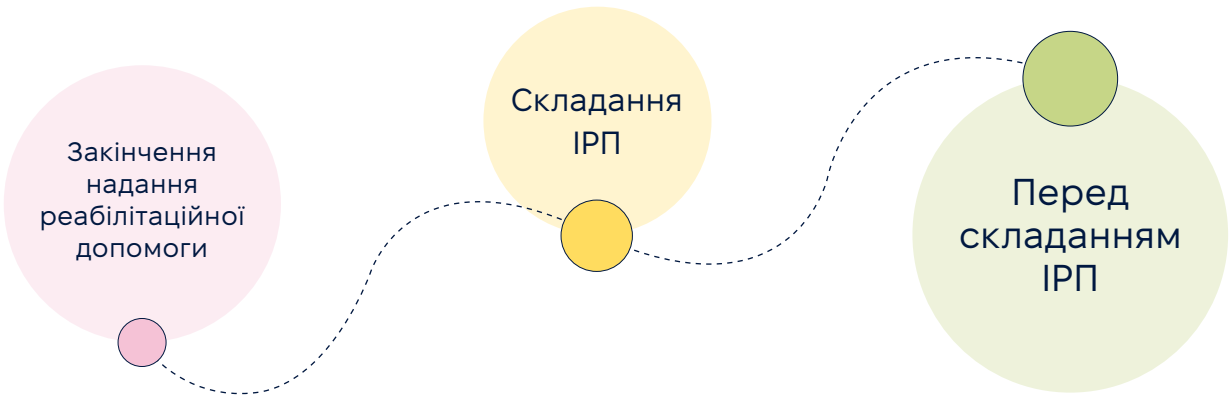
Індивідуальний реабілітаційний план:

- розроблений мультидисциплінарною реабілітаційною командою на підставі результатів реабілітаційного обстеження особи з обмеженнями повсякденного функціонування (або такої, у якої можуть виникнути обмеження повсякденного функціонування);
- визначає мету та завдання реабілітації та комплекс заходів, необхідних для їх досягнення.

Індивідуальний реабілітаційний план (далі — ІРП) є основним документом, що забезпечує організацію надання реабілітаційної допомоги.

Індивідуальний реабілітаційний план:

- розробляється та узгоджується мультидисциплінарною реабілітаційною командою на підставі Державного типового плану реабілітації;
- затверджується на загальних зборах команди лікарем фізичної та реабілітаційної медицини.



ІРП складається на підставі Державного типового плану реабілітації.

ІРП враховує:

- результати реабілітаційного обстеження, наявні порушення, обмеження повсякденного функціонування та потреби особи;
- реабілітаційний період;
- реабілітаційний прогноз;
- місце проведення реабілітаційних заходів (матеріальні ресурси/обладнання);
- наявні ресурси фахівців.

При складанні ІРП застосовуються наступні національні класифікатори:

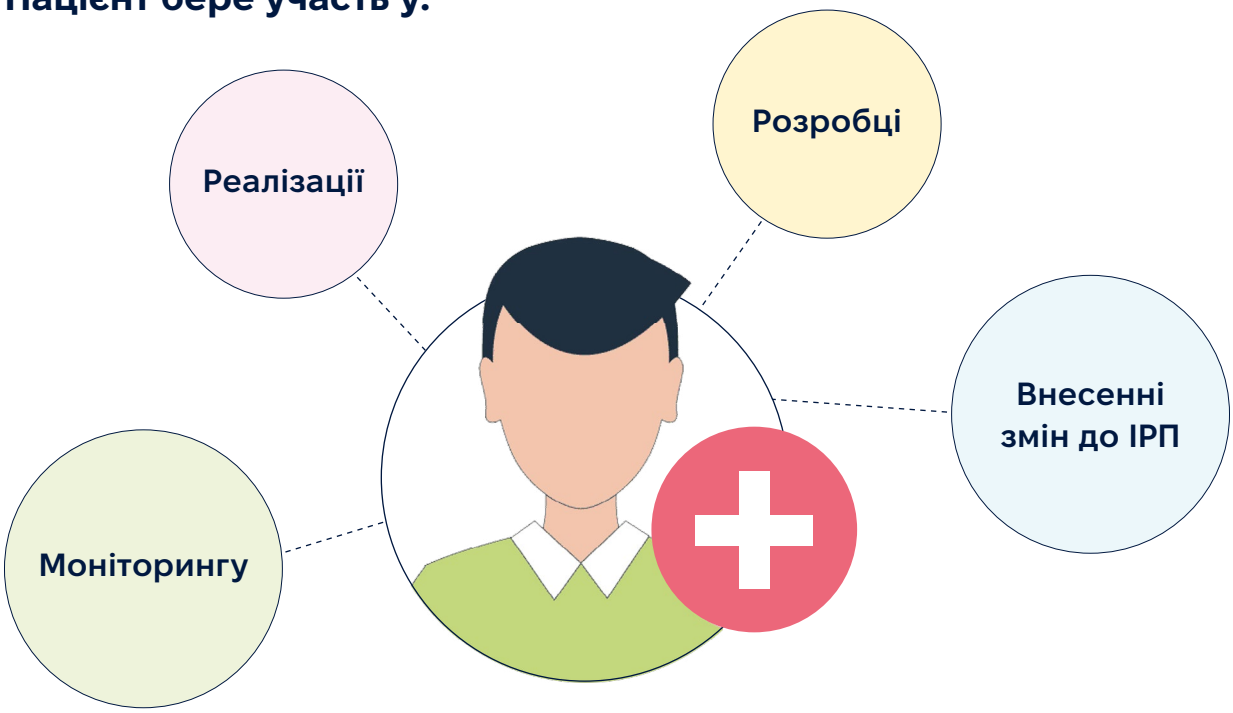
- 030:2022 «Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я»;
- 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»;
- 026:2021 «Класифікатор медичних інтервенцій».

Перед завершенням надання реабілітаційної допомоги проводиться заключне реабілітаційне обстеження з визначенням змін.

При цьому зазначається наступне:

- зміни стану повсякденного функціонування;
- зміни стану досягнення завдань;
- коригування реабілітаційного прогнозу;
- визначення подальшого етапу надання реабілітаційної допомоги/ потреба у продовженні надання реабілітаційної допомоги в іншому реабілітаційному закладі, відділенні, підрозділі.

Пацієнт бере участь у:



Процеси відбуваються за принципом пацієнтоцентричності.

Особа або її законний представник мають право брати участь у визначенні загальних мети та завдань реабілітації, складанні індивідуального реабілітаційного плану та внесенні змін до них і мають погодити індивідуальний реабілітаційний план та внесені до нього зміни.

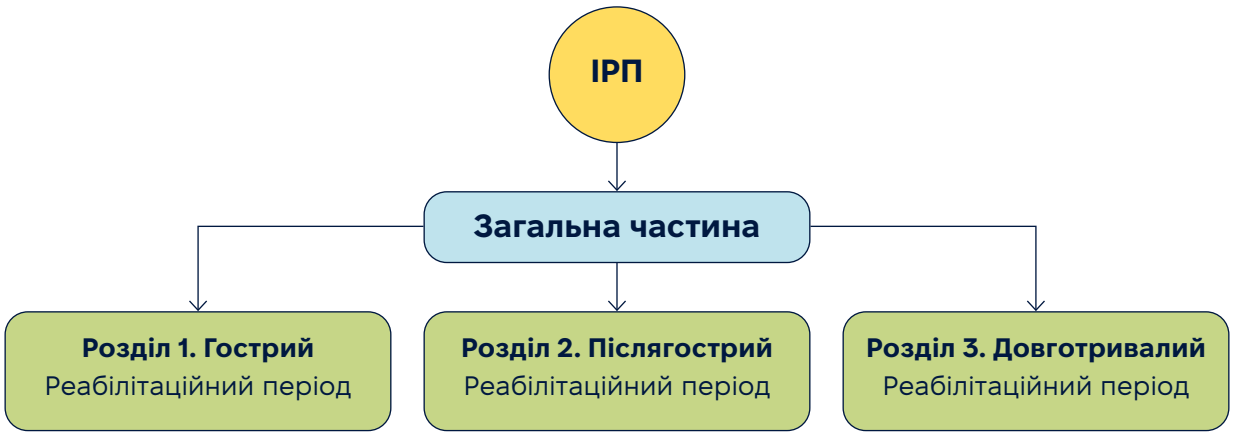
3.2. СТРУКТУРА ІРП. РОЗДІЛИ. Роль фахівців з реабілітації у створенні та документуванні ІРП

В даному розділі буде представлена структура індивідуального реабілітаційного плану та особливості документування процесу надання реабілітаційної допомоги фахівцями з реабілітації.

Мета та основні завдання ІРП — затвердження єдиного підходу до визначення змісту базового об'єму реабілітаційних послуг шляхом встановлення:

- переліку реабілітаційних заходів у сфері охорони здоров'я;
- переліку допоміжних засобів реабілітації та медичних виробів, які можуть надаватися особі, яка отримує реабілітаційну допомогу, і спрямовані на досягнення завдань реабілітації.

Індивідуальний реабілітаційний план складається із загальної частини та трьох розділів, що відповідають періодам реабілітації.

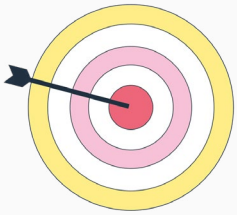


У паперовому вигляді в ІРП (відповідно до постанови КМУ від 16.12.2022 №1462 «Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я») зазначаються:

Паспортні дані пацієнта

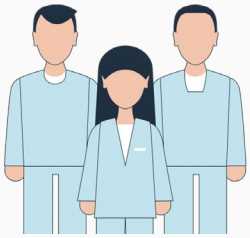
Медичний та реабілітаційний діагноз

Загальні мета та завдання реабілітації з визначенням орієнтовних термінів їх досягнення



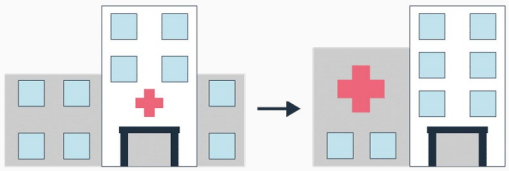
Перелік необхідних реабілітаційних заходів

Кількісні потреби у фахівцях з реабілітації



Потреби у реабілітаційному та іншому обладнанні

Потреба продовження надання реабілітаційної допомоги в іншому реабілітаційному закладі, відділенні, підрозділі, відповідно до рівня функціональних обмежень, можливостей, побажань, очікувань та прагнень особи



Особа або її законний представник мають право брати участь у:

- визначенні загальної мети та завдань реабілітації;
- складанні індивідуального реабілітаційного плану та внесенні змін до них;
- погодженні індивідуального реабілітаційного плану при внесенні до нього змін.

Інформація щодо необхідних заходів з реабілітації вноситься до відповідних частин ІРП (згідно з переліком Додатка 1 до Державного типового плану реабілітації).

До заходів з реабілітації відносяться:

Індивідуальний реабілітаційний план затверджується на загальних зборах команди лікарем ФРМ.

Кожен фахівець з реабілітації в рамках своїх професійних компетентностей за результатами реабілітаційного обстеження самостійно складає власну програму терапії.

Кожен фахівець з реабілітації реалізує та оцінює ефективність власної програми терапії, документує діагностичні та терапевтичні втручання в межах своїх компетенцій у відповідних частинах ІРП.

Призначення допоміжних засобів реабілітації також відбувається під час створення ІРП та має:

- Відповідати меті та завданням реабілітації;
- Враховувати протипоказання до їх застосування;
- Здійснюватись відповідно до Порядку забезпечення осіб з обмеженнями повсякденного функціонування медичними виробами, в тому числі допоміжними засобами реабілітації.

Перелік допоміжних засобів реабілітації, що можуть надаватись особам з обмеженнями повсякденного функціонування, які отримують реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах шляхом їх прокату:

+ **06*** Допоміжні засоби, прикріплені до тіла, для підтримки нервово-м'язово-скелетних функцій чи пов'язаних з рухом функцій (ортези) та для заміщення анатомічних структур (протези):

06 06	Ортези верхніх кінцівок
06 06 12	Ортези на променево-зап'ястковий суглоб і кисть
06 12	Ортези нижніх кінцівок
06 12 06	Ортези на гомілковостопний суглоб-стопу
06 12 09	Ортези на колінний суглоб-стопу

* крім ортезів, які мають м'яку лонгетну частину

+ **09** Допоміжні засоби для самообслуговування та особистого догляду:

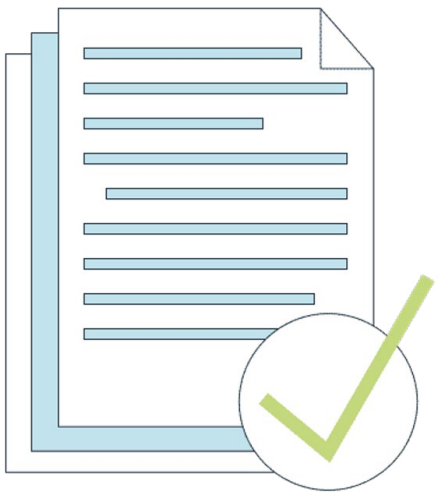
09 12	Допоміжні засоби для користування туалетом
09 12 03	Крісла-туалети
09 12 09	Сидіння для унітазу

12 Допоміжні засоби для активності та участі, пов'язані з особистою мобільністю й транспортуванням:

12 03	Допоміжні засоби для ходіння, керовані однією рукою
12 03 03	Тростини і палиці для ходіння
12 03 09	Милиці передплічні
12 03 12	Пахвові милиці
12 03 16	Тростини і палиці для ходіння з багатьма наконечниками
12 06	Допоміжні засоби для ходіння, керовані обома руками
12 06 03	Ходунки-рамки
12 06 06	Ходунки на колесах
12 22	Крісла колісні з ручним керуванням
12 22 18	Крісла-каталки

Призначення допоміжних засобів реабілітації має здійснюватись відповідно до переліку згідно з Додатком 2 до Державного типового плану реабілітації.

У разі технічної можливості та за умови фінансування за рахунок джерел, не заборонених законом, реабілітаційні заклади та заклади охорони здоров'я можуть забезпечувати прокат інших допоміжних засобів реабілітації, які не зазначені у даному переліку, особам з обмеженням повсякденного функціонування, які отримують реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах.



ТЕМА 4
Заповнення розділів ІРП

4.1. ПЕРШИЙ РОЗДІЛ ІРП. Гострий період реабілітації

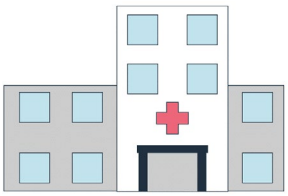
У цьому розділі обговоримо структуру першого розділу ІРП та особливості документування процесу надання реабілітаційної допомоги в гострому періоді реабілітації.

Гострий реабілітаційний період — це період реабілітації, який починається з моменту виникнення або виявлення обмеження повсякденного функціонування внаслідок розвитку гострого стану здоров'я. Протягом цього періоду особі надається медична допомога та починає надаватися реабілітаційна допомога.

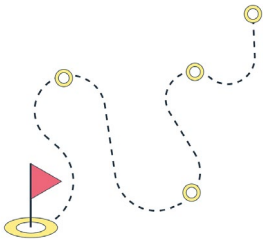
Зміст першого розділу ІРП

Перший розділ індивідуального реабілітаційного плану містить інформацію про процес надання реабілітаційної допомоги в гострому періоді реабілітації відповідно до реабілітаційного маршруту при стані здоров'я з гострим початком.

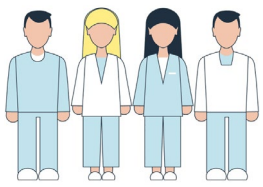
Місце надання реабілітаційної допомоги: нереабілітаційне відділення, підрозділ за місцем знаходження особи, яка потребує реабілітації, або в палатах гострої реабілітації закладів охорони здоров'я.



Маршрут: при стані здоров'я з гострим початком.



Надавачі реабілітаційної допомоги: мобільні МДРК реабілітаційного відділення, підрозділу.



Ініціація надання реабілітаційної допомоги

Реабілітаційна допомога починає надаватися лише після запиту лікуючого лікаря та отримання згоди пацієнта або його законного представника, що зазначається в ІРП.

Структура ІРП

Загальна частина

В загальній частині зазначаються: паспортні дані, медичний діагноз, порядковий номер реабілітаційного циклу, інформація про характер стану здоров'я.

Після цього документуються результати первинного реабілітаційного обстеження, проведеного лікарем фізичної та реабілітаційної медицини та іншими фахівцями з реабілітації, які входять до складу МДРК реабілітаційного відділення або підрозділу.

Паспортні дані

1. Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) _____
2. Дата народження _____ 3. Стать _____
4. Індивідуальний податковий номер _____
5. Адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання _____

Контактна інформація

6. Контактний номер телефона _____
7. Прізвище, власне ім'я, по батькові родича (доглядача) _____
8. Контактний номер телефона родича (доглядача) _____

Формальна освіта

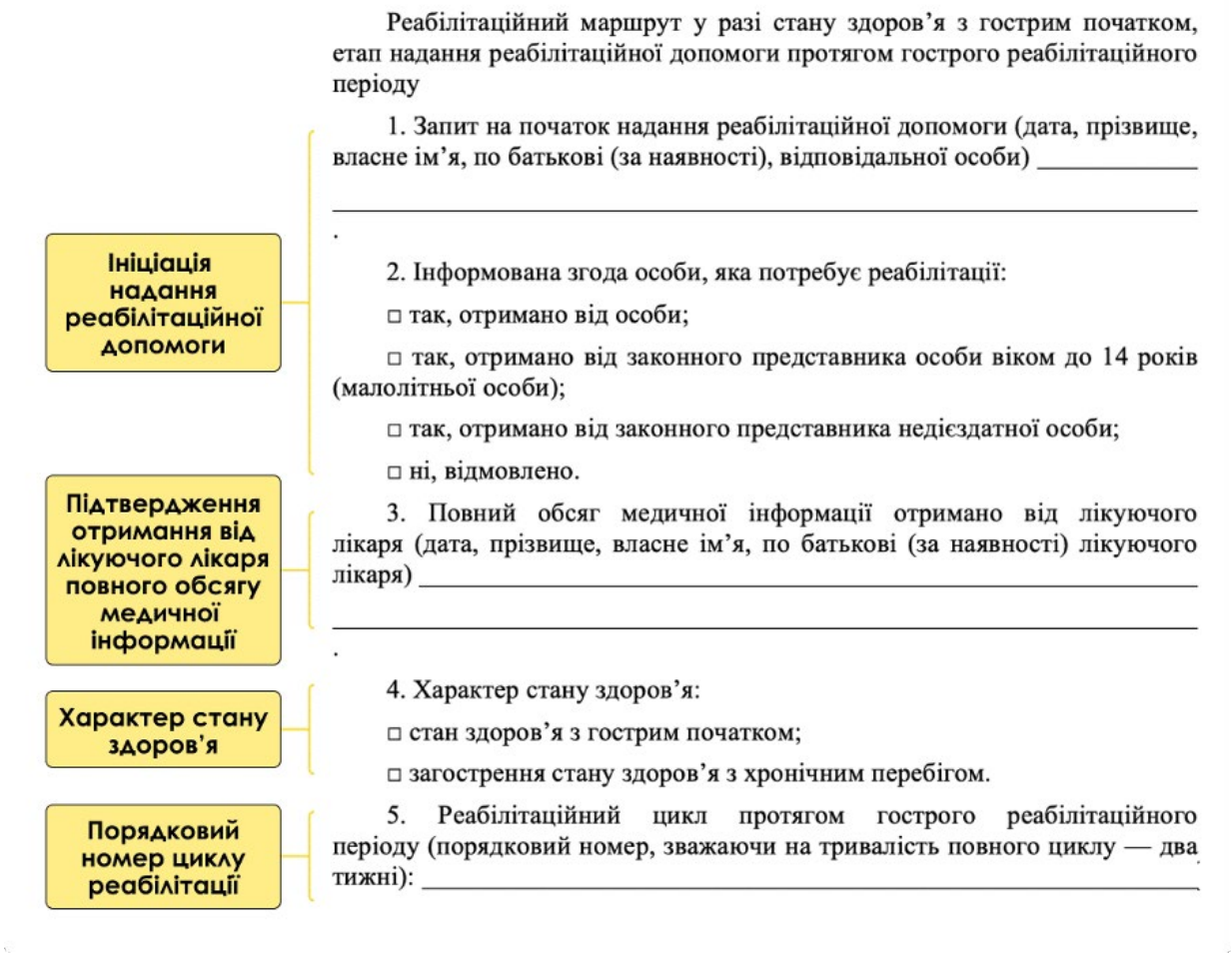
9. Формальна освіта (зазначити найвищий рівень освіти особи):
- □ немає;
- □ дошкільна освіта;
- □ повна загальна середня освіта;
- □ позашкільна освіта; спеціалізована освіта;
- □ професійна (професійно-технічна) освіта;
- □ фахова передвища освіта; вища освіта.

Медичний діагноз

10. Медичні діагнози (код НК 025:2021, назва, дата встановлення) ____

Розділ перший ІРП:
ПУНКТИ 1-5

- Ініціація надання реабілітаційної допомоги
- Підтвердження отримання від лікуючого лікаря повного обсягу медичної інформації
- Характер стану здоров'я
- Порядковий номер циклу реабілітації



Реабілітаційний маршрут у разі стану здоров'я з гострим початком, етап надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду

1. Запит на початок надання реабілітаційної допомоги (дата, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), відповідальної особи) _____

_____

.

Ініціація надання реабілітаційної допомоги

2. Інформована згода особи, яка потребує реабілітації:

□ так, отримано від особи;

□ так, отримано від законного представника особи віком до 14 років (малолітньої особи);

□ так, отримано від законного представника недієздатної особи;

□ ні, відмовлено.

Підтвердження отримання від лікуючого лікаря повного обсягу медичної інформації

3. Повний обсяг медичної інформації отримано від лікуючого лікаря (дата, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) лікуючого лікаря) _____

_____

.

Характер стану здоров'я

4. Характер стану здоров'я:

□ стан здоров'я з гострим початком;

□ загострення стану здоров'я з хронічним перебігом.

Порядковий номер циклу реабілітації

5. Реабілітаційний цикл протягом гострого реабілітаційного періоду (порядковий номер, зважаючи на тривалість повного циклу — два тижні): _____

Під час проведення первинного реабілітаційного обстеження лікуючий лікар зобов'язаний надати, а **лікар фізичної та реабілітаційної медицини зобов'язаний отримати від лікуючого лікаря:**

- повний обсяг медичної інформації про стан здоров'я особи, яка потребує реабілітації;

- подальший перебіг діагностичного лікувального процесу;
- наявні медичні обмеження та застереження щодо надання реабілітаційної допомоги цій особі.

У разі потреби лікар фізичної та реабілітаційної медицини узгоджує з лікуючим лікарем обсяг додаткових діагностичних та лікувальних заходів, необхідних для надання реабілітаційної допомоги. Факт отримання повної інформації щодо стану пацієнта від лікуючого лікаря фіксується в ІРП.

Розділ перший ІРП:

ПУНКТ 6. ПЕРВИННЕ РЕАБІЛІТАЦІЙНЕ ОБСТЕЖЕННЯ

До медичних записів розділу першого ІРП мають бути внесені:

- **результати первинного реабілітаційного обстеження, які включають визначені членами МДРК завдання реабілітації протягом гострого реабілітаційного періоду;**
- **реабілітаційні втручання з зазначенням кількісної потреби у фахівцях з реабілітації, допоміжних засобах реабілітації та медичних виробах.**

Документування первинного реабілітаційного обстеження включає

- Перелік ключових проблем особи
- Категорійний профіль
- Таблиця реабілітаційних втручань (зазначаються коди АКМІ)
- Потреби в допоміжних засобах реабілітації з описом функціональних характеристик виробу (зазначаються коди ISO)
- Перелік медичних обмежень та застережень щодо надання реабілітаційної допомоги

- Кількісна потреба у фахівцях із реабілітації
- Склад МДРК
- Письмове затвердження ІРП лікарем ФРМ

Перелік ключових проблем особи

6. Первинне реабілітаційне обстеження _____

6.1. Перелік ключових проблем особи: _____

6.2. Категорійний профіль*

Категорійний профіль

Загальна мета:														
Загальна мета циклу:														
Завдання циклу № 1:														
Завдання циклу № 2:														
Реабілітаційний прогноз:														
Домени (НК 030:2022)*		Кваліфікатори доменів (НК 030:2022)**											Належність до завдання	Значення завдання
Функції організму							Проблема							
							0	1	2	3	4			
b*														
….														
….														
Активність та участь		виконання					здатність							
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
d*														
….														
….														
Фактори середовища		сприятливі чинники					бар'єри							
		4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4				
e*														
….														
….														

Таблиця реабілітаційних втручань (АКМІ)

6.3. Таблиця реабілітаційних втручань*

Домени (НК 030:2022)*	Реабілітаційні втручання (НК 026:2021)	Лікар фізичної та реабілітаційної медицини	Фізичний терапевт	Ерготерапевт	Терапевт мови та мовлення	Протезист-ортезист	Психолог	Сестра медична з реабілітації	Початкове значення	Цільове значення	Кінцеве значення
Функції організму											
b*											
….											
….											
Активність та участь											
d*											
….											
….											
Фактори середовища											
e*											
….											
….											
Особисті фактори											

Перелік медичних обмежень та застережень щодо надання реабілітаційної допомоги

6.4. Перелік медичних обмежень та застережень щодо надання реабілітаційної допомоги: _____

Кількісна потреба у фахівцях з реабілітації

6.5. Кількісна потреба у фахівцях з реабілітації _____

Письмове затвердження ІРП лікарем ФРМ

6.6. Затверджено лікарем фізичної та реабілітаційної медицини (дата, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) _____

Склад МДРК

6.7. Складено програми терапії:

□ фізична терапія (дата, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичного терапевта);

□ ерготерапія (дата, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)

□ терапія мови та мовлення (дата, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) терапевта мови та мовлення);

□ психологічна допомога (дата, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) психолога/психотерапевта);

□ протезування-ортезування (дата, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) протезиста-ортезиста);

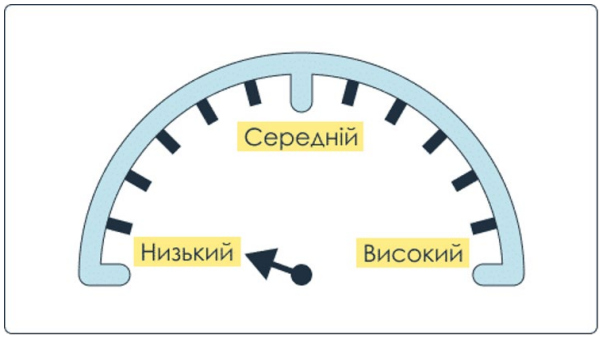
Потреби в допоміжних засобах реабілітації з описом функціональних характеристик виробу (ISO 9999)

6.8. Потреба в допоміжних засобах реабілітації (зазначаються докладні функціональні характеристики виробу): _____

Розділ перший ІРП:

ПУНКТ 7. ЗАКЛЮЧНЕ/ЕТАПНЕ РЕАБІЛІТАЦІЙНЕ ОБСТЕЖЕННЯ

Обсяг реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду є низьким та може бути збільшений за потреби, що зазначаються в медичних записах першого розділу ІРП.



Графік проведення реабілітаційних сесій протягом гострого реабілітаційного періоду має бути скоординований із наданням медичної допомоги.

7. Заключне/етапне реабілітаційне обстеження _____

_____

7.1. Категорійний профіль*

Категорійний профіль (раз на 2 тиж. або за потреби)

Загальна мета:													
Загальна мета циклу:													
Завдання циклу № 1:													
Завдання циклу № 2:													
Реабілітаційний прогноз:													
Домени (НК 030:2022)*		Кваліфікатори доменів (НК 030:2022)**										Належність до завдання	Значення завдання
Функції організму							Проблема						
							0	1	2	3	4		
b*													
….													
….													
Активність та участь		виконання					здатність						
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4		
d*													
….													
….													
Фактори середовища		сприятливі чинники					бар'єри						
		4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4			
e*													
….													
….													

Потреба в подальшому забезпеченні допоміжними засобами реабілітації

7.2. Потреба в подальшому забезпеченні допоміжним засобом реабілітації (допоміжними засобами реабілітації):

□ відсутня

□ так, є потреба у забезпеченні допоміжними засобами реабілітації, крім протезування (зазначаються докладні функціональні характеристики виробу, крім протезування).

7.3. Потреба в протезуванні:

□ відсутня;

□ тренувальний протез;

□ первинне протезування нижніх кінцівок;

□ первинне протезування верхніх кінцівок.

Потреба в подальшій реабілітаційній допомозі

7.4. Подальша реабілітаційна допомога:

□ продовження реабілітаційної допомоги в гострому реабілітаційному періоді (зазначається реабілітаційний цикл № ____);

□ особа не потребує реабілітації;

□ особа потребує реабілітаційної допомоги високого обсягу — стаціонарне відділення післягострої та довготривалої реабілітації;

□ особа потребує реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах;

□ особа потребує домашньої реабілітації;

□ особа потребує періодичної підтримуючої реабілітації;

□ особа потребує медсестринського догляду;

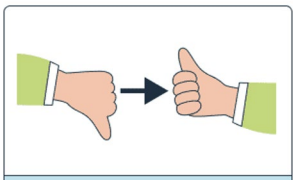
□ особа потребує проходження експертизи стійкого обмеження життєдіяльності;

□ особа потребує паліативної допомоги.

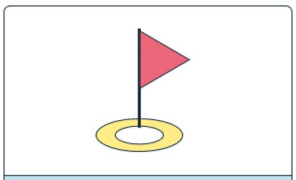
У разі змін стану здоров'я особи або погіршення загального стану, або у разі переведення особи до іншого закладу/відділення медичні працівники відповідного відділення повідомляють про це лікаря фізичної та реабілітаційної медицини та інших фахівців з реабілітації.

Завершення гострого реабілітаційного періоду → Заключне реабілітаційне оцінювання МДРК

Фіксуються:

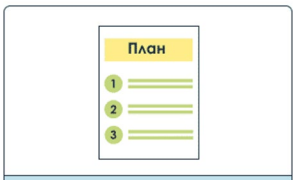


Зміни стану повсякденного функціонування



Досягнення встановлених завдань

Реабілітаційний прогноз



Подальша реабілітаційна допомога

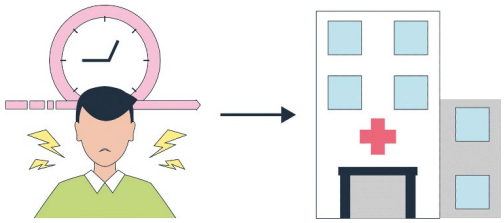
Етапне реабілітаційне обстеження проводиться у разі значної тривалості реабілітаційної допомоги не рідше одного разу на два тижні.

Під час документування заключного/етапного реабілітаційного обстеження має бути:

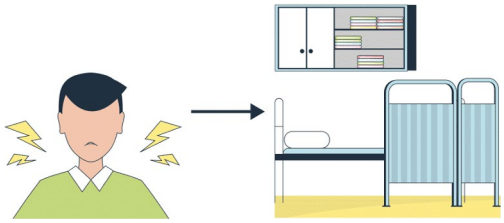
- повторно заповнений категорійний профіль;
- зазначена потреба в подальшому забезпеченні допоміжними засобами реабілітації та реабілітаційній допомозі.

Подальший реабілітаційний маршрут особи, яка потребує реабілітації, після завершення гострого реабілітаційного періоду може бути таким:

- **Особа не потребує подальшої реабілітації**
  Обмеження повсякденного функціонування відсутні
- **Надання реабілітаційної допомоги завершується**
- **Особа потребує продовження реабілітаційної допомоги**
  Надання реабілітаційної допомоги продовжується протягом післягострого реабілітаційного періоду.



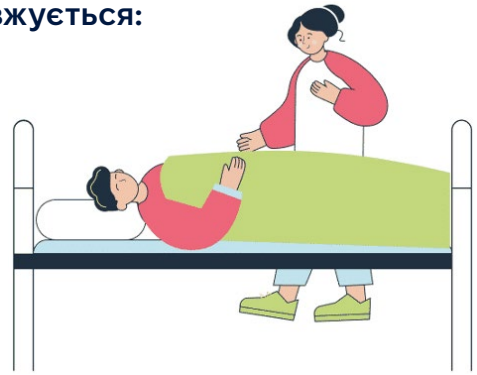
- **Особа потребує продовження реабілітаційної допомоги високого обсягу в стаціонарному відділенні післягострої та довготривалої реабілітації**
  Надання реабілітаційної допомоги продовжується протягом післягострого реабілітаційного періоду.
- **Надання реабілітаційної допомоги продовжується етапом надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах протягом післягострого реабілітаційного періоду**



- **Особа потребує реабілітації, але не може брати участі у реабілітаційній допомозі високого обсягу та/або потребує догляду або паліативної допомоги:**
  - наявні виражені обмеження життєдіяльності;
  - та/або відсутності функціональної можливості особи брати участь у реабілітаційній допомозі високого обсягу;

— та/або наявності захворювання (травми), що обмежує життя або загрожує життю.

+ Надання реабілітаційної допомоги продовжується:



— у вигляді періодичної підтримуючої реабілітаційної допомоги;

— та/або особу направляють для забезпечення медсестринського догляду;

— та/або особу направляють для проходження експертизи стійкого обмеження життєдіяльності з подальшим встановленням статусу «особа з інвалідністю» або «дитина з інвалідністю»;

— та/або особу направляють для надання паліативної допомоги.

Відповідно до Програми медичних гарантій реабілітаційна допомога в гострому реабілітаційному періоді фінансується НСЗУ в межах пакетів медичних послуг, які надаються в стаціонарних умовах.

Особливості документування процесу надання реабілітаційної допомоги в післягострому та довготривалому періодах реабілітації будуть розглянуті в наступних розділах курсу.

4.2. ПЕРШИЙ РОЗДІЛ ІРП. Післягострий реабілітаційний період. Етап надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах

Допомога у стаціонарі протягом післягострого реабілітаційного періоду починається зі скерування.

Які існують варіанти?

- Якщо особа отримувала реабілітаційну допомогу в гострому періоді реабілітації.
- Якщо особі протягом гострого реабілітаційного періоду реабілітаційна допомога не надавалася або особа була направлена для забезпечення медсестринського догляду.

1. Направлення для надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах:

□ після надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду;

□ лікуючий лікар, реабілітаційна допомога протягом гострого реабілітаційного періоду не надавалась;

□ сімейний лікар, реабілітаційна допомога протягом гострого реабілітаційного періоду не надавалась;

□ самостійне звернення, реабілітаційна допомога протягом гострого реабілітаційного періоду не надавалась.

Особа отримувала реабілітаційну допомогу протягом гострого реабілітаційного періоду.

Реабілітаційна допомога є безперервною і розпочинається одразу після закінчення гострого реабілітаційного періоду.

Надання реабілітаційної допомоги

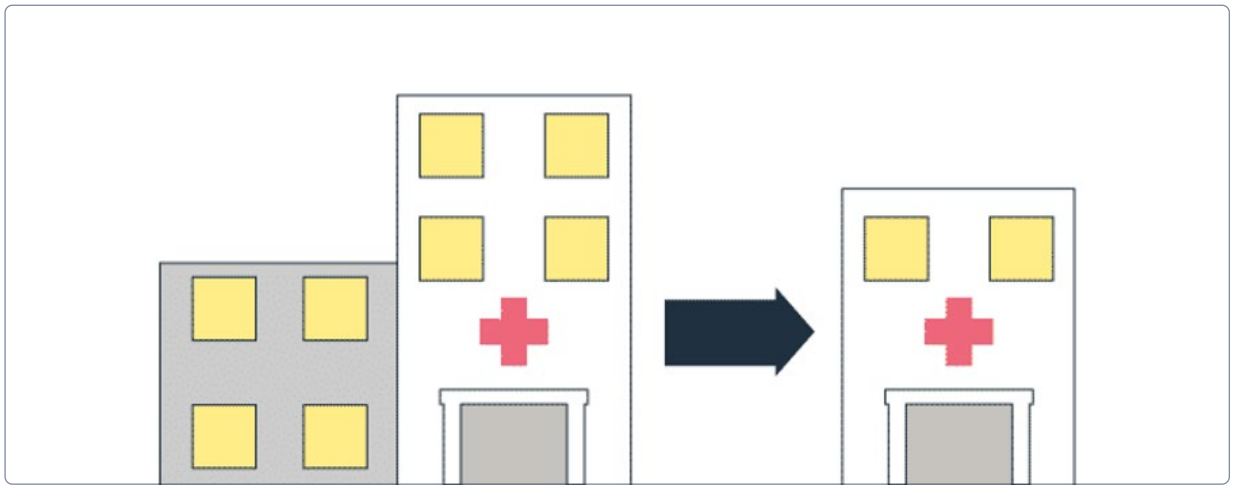
Особу, яка потребує реабілітації, спрямовують для стаціонарної реабілітаційної допомоги у післягострому реабілітаційному періоді на підставі результатів заключного реабілітаційного обстеження, проведеного мультидисциплінарною командою наприкінці гострого реабілітаційного періоду.

Особі протягом гострого реабілітаційного періоду реабілітаційна допомога не надавалася або особа була направлена для забезпечення медсестринського догляду.

Відповідно до постанови КМУ від 03.11.2021 №1268 особа, яка потребує реабілітації, може бути направлена для стаціонарної реабілітаційної допомоги лікуючим лікарем або лікарем, який надає первинну медичну допомогу.

Згідно з діючими вимогами ПМГ-2023:

- скеровувати на стаціонарну реабілітацію можуть лікуючі лікарі, зокрема лікар ФРМ;
- пацієнт може бути переведений з іншого закладу/клінічного підрозділу закладу.



Що відбувається далі?

- Отримання інформованої згоди особи, яка потребує реабілітації.
- Отримання повного обсягу медичної інформації від лікуючого лікаря.

2. Інформована згода особи, яка потребує реабілітації:

□ так, отримано від особи;

□ так, отримано від законного представника особи віком до 14 років (малолітньої особи);

□ так, отримано від законного представника недієздатної особи;

□ ні, відмовлено.

3. Повний обсяг медичної інформації отримано від лікуючого лікаря (дата, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) лікуючого лікаря) _____

Після цього починається стаціонарна реабілітаційна допомога. Що відмічається в другому розділі ІРП?

5. Реабілітаційний цикл протягом післягострого реабілітаційного періоду (порядковий номер, зважаючи на тривалість повного циклу — два тижні): _____

6. Первинне реабілітаційне обстеження _____

_____

6.1. Перелік ключових проблем особи: _____

В ІРП заповнюється категорійний профіль.

Уточнюється (чи первинно формулюється) реабілітаційний прогноз, загальна мета та завдання реабілітації з визначенням орієнтовних термінів їх досягнення.

6.2. Категорійний профіль*

Загальна мета:
Загальна мета циклу:
Завдання циклу № 1:
Завдання циклу № 2:
Реабілітаційний прогноз:

Уточнюється (чи встановлюється) реабілітаційний діагноз, що складається з

6.2. Категорійний профіль*

Загальна мета:													
Загальна мета циклу:													
Завдання циклу № 1:													
Завдання циклу № 2:													
Реабілітаційний прогноз:													
Домени (НК 030:2022)*		Кваліфікатори доменів (НК 030:2022)**										Належність до завдання	Значення завдання
Функції організму							Проблема						
							0	1	2	3	4		
b*													
….													
….													
Активність та участь		виконання					здатність						
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4		
d*													
….													
….													
Фактори середовища		сприятливі чинники					бар'єри						
		4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4			
e*													
….													
….													

Далі заповнюється таблиця реабілітаційних втручань.

Коригується (чи визначається) перелік необхідних реабілітаційних втручань, склад мультидисциплінарної команди.

Фіксується початкове та визначається цільове значення категорій функціонування, що включені у план реабілітаційної допомоги.

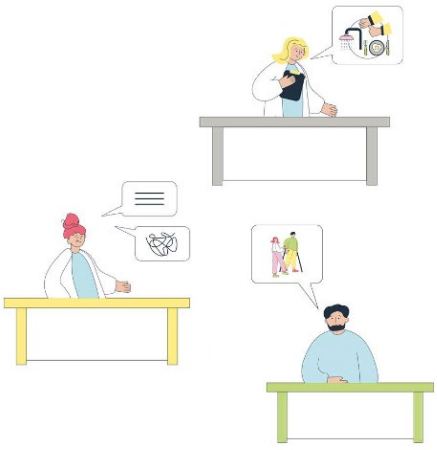
6.3. Таблиця реабілітаційних втручань*

Домени (НК 030:2022)*	Реабілітаційні втручання (НК 026:2021)	Лікар фізичної та реабілітаційної медицини	Фізичний терапевт	Ерготерапевт	Терапевт мови та	Протезист-ортезист	Психолог	Сестра медична з реабілітації	Початкове значення	Цільове значення	Кінцеве значення
Функції організму											
b*											
….											
….											
Активність та участь											
d*											
….											
….											
Фактори середовища											
e*											
….											
….											
Особисті фактори											

Також лікар ФРМ визначає медичні обмеження та застереження щодо надання реабілітаційної допомоги, про що інформує інших членів МДРК. У разі необхідності лікар ФРМ може призначати додаткові діагностичні обстеження.

Саме зараз визначаються потреби у фахівцях реабілітації.

Затверджується другий розділ індивідуального реабілітаційного плану на загальних зборах МДРК лікарем ФРМ.



Після цього кожен фахівець з реабілітації (ФТ, ЕТ, ТММ чи ін.), залучений до надання реабілітаційної допомоги, згідно своїм професійним компетентностям за результатами реабілітаційного обстеження самостійно складає та реалізує свою програму реабілітаційної терапії, а також оцінює досягнення завдань.

6.4. Перелік медичних обмежень та застережень щодо надання реабілітаційної допомоги: _____

6.5. Кількісна потреба у фахівцях з реабілітації _____

6.6. Затверджено лікарем фізичної та реабілітаційної медицини (дата, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) _____

6.7. Складено програми терапії:

□ фізична терапія (дата, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичного терапевта);

□ ерготерапія (дата, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)

□ терапія мови та мовлення (дата, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) терапевта мови та мовлення);

□ психологічна допомога (дата, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) психолога/психотерапевта);

□ протезування-ортезування (дата, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) протезиста-ортезиста);

В ІРП фіксуються загальні потреби у медичних виробах, в тому числі допоміжних засобах реабілітації (наприклад, крісла колісні, палиці, милиці тощо), в тому числі потреба у протезуванні та тренувальних протезах.

6.8. Потреба в допоміжних засобах реабілітації (зазначаються докладні функціональні характеристики виробу, крім протезування) _____

_____

.

6.9. Потреба в протезуванні:

□ тренувальний протез;

□ первинне протезування нижніх кінцівок;

□ первинне протезування верхніх кінцівок.

Всі результати етапних (чи заключних, у разі закінчення надання допомоги) реабілітаційних обстежень також **фіксуються у розділі 2.**

7. Заключне/етапне реабілітаційне обстеження _____

_____

7.1. Категорійний профіль*

Загальна мета:
Загальна мета циклу:

Завдання циклу № 1:														
Завдання циклу № 2:														
Реабілітаційний прогноз:														
Домени (НК 030:2022)*		Кваліфікатори доменів (НК 030:2022)**											Належність до завдання	Значення завдання
Функції організму							Проблема							
							0	1	2	3	4			
b*														
….														
….														
Активність та участь		виконання					здатність							
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
d*														
….														
….														
Фактори середовища		сприятливі чинники					бар'єри							
		4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4				
e*														
….														
….														

Визначаються потреби у допоміжних засобах реабілітації та потреба у протезуванні.

7.2. Потреба в подальшому забезпеченні допоміжним засобом реабілітації (допоміжними засобами реабілітації):

□ відсутня

□ так, є потреба у забезпеченні допоміжними засобами реабілітації (зазначаються докладні функціональні характеристики виробу, крім протезування)

□ так, є потреба у протезуванні.

7.3. Потреба в протезуванні:

□ первинне протезування нижніх кінцівок;

□ первинне протезування верхніх кінцівок.

Члени МДРК проводять заключне реабілітаційне обстеження особи з визначенням змін стану її функціонування, стану досягнення завдань, коригуванням поточного реабілітаційного прогнозу, що документуються в ІРП.

Останнім пунктом в ІРП фіксуються:

- визначення потреб в модифікації місця проживання, до якого особа, яка потребує реабілітації, повернеться після надання реабілітаційної допомоги;
- визначення потреб в модифікації робочого місця відповідно до функціонального стану пацієнта або зазначаються рекомендації щодо можливостей працевлаштування;
- рекомендації щодо можливостей керування автомобілем особою, що отримує реабілітаційну допомогу.

7.5. Потреба в модифікації місця проживання особи:
□ ні;
□ так (зазначити характеристики).

7.6. Рекомендації щодо можливості керування автомобілем:
□ не потребує;
□ так, із проведенням додаткового навчання;
□ так, з адаптацією автомобіля.

7.7. Рекомендації щодо подальшого працевлаштування:
□ не потребує;
□ так, з адаптацією робочого місця;
□ так, із проведенням перенавчання.

МДРК плануються подальші цикли реабілітаційної допомоги чи визначення подальшого етапу надання реабілітаційної допомоги особі, яка потребує реабілітації.

7.4. Подальша реабілітаційна допомога:

□ продовження реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах у післягострому реабілітаційному періоді (реабілітаційний цикл №_____);

□ особа не потребує реабілітації;

□ особа потребує реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах;

□ особа потребує домашньої реабілітації;

□ особа потребує періодичної підтримуючої реабілітації;

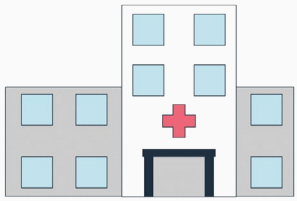
□ особа потребує проходження експертизи стійкого обмеження життєдіяльності.

Подальший реабілітаційний маршрут після завершення післягострого реабілітаційного періоду в стаціонарних умовах має кілька варіантів:

- Якщо особа не потребує подальшої реабілітації у разі відсутності обмежень повсякденного функціонування, надання реабілітаційної допомоги завершується.
- Якщо особа потребує продовження реабілітаційної допомоги, надання реабілітаційної допомоги продовжується протягом післягострого реабілітаційного періоду етапом надання реабілітаційної допомоги:
  - в амбулаторному відділенні або амбулаторному реабілітаційному закладі (зокрема реабілітаційних сесій з фізичної терапії, ерготерапії, терапії мови та мовлення, психологічної допомоги тощо);
  - або домашньою реабілітацією;
  - або реабілітацією у громаді.

4.3. ДРУГИЙ РОЗДІЛ ІРП. Післягострий реабілітаційний період. Етап надання реабілітаційноїдопомоги в амбулаторних умовах / домашній реабілітації / у територіальній громаді

Розглянемо маршрут при стані здоров'я з гострим початком, коли надання реабілітаційної допомоги відбувається протягом післягострого реабілітаційного періоду одним з трьох шляхів:



в амбулаторних умовах

у вигляді домашньої реабілітації

в територіальній громаді

Тут, як і в попередньому випадку, відбувається заповнення 2 розділу реабілітаційного плану.

Нагадаємо, що у реабілітаційних закладах та стаціонарних відділеннях реабілітації реабілітаційна допомога надається виключно МДРК.

Спосіб надання допомоги залежить від загальної мети, зазначеної в ІРП, та може потребувати як залучення МДРК, так і окремих фахівців з реабілітації.

ВАРІАНТ 1. Мультидисциплінарна реабілітаційна команда є в наявності

Як і в інших випадках, реабілітаційна допомога починається зі скерування.

Якщо особа отримувала реабілітаційну допомогу на інших етапах

— Особу, яка потребує реабілітації, спрямовують для амбулаторної реабілітаційної допомоги у післягострому реабілітаційному періоді.

Підстава – результати заключного реабілітаційного обстеження, проведеного мультидисциплінарною реабілітаційною командою наприкінці попереднього етапу надання реабілітаційної допомоги.

Протягом попередніх етапів реабілітаційна допомога не надавалася

— Особа, яка потребує реабілітації, може бути направлена для амбулаторної реабілітаційної допомоги лікуючим лікарем або лікарем, який надає первинну медичну допомогу.

Рішення щодо початку амбулаторної реабілітаційної допомоги приймається лікарем ФРМ за результатами первинного реабілітаційного обстеження, до якого за потреби можуть бути залучені необхідні фахівці з реабілітації.

Після скерування — покроково заповнюється ІРП.

Відбувається отримання інформованої згоди особи, яка потребує реабілітації, відповідно до вимог законодавства.

Лікуючий лікар, який направляє особу, зобов'язаний надати лікарю ФРМ повний обсяг медичної інформації щодо цієї особи, яка доводиться до МДРК.

Вказується номер реабілітаційного циклу післягострого періоду, зважаючи, що його максимальна тривалість 2 тижні.

Зверніть увагу, що в рамках однієї послуги з реабілітаційної допомоги за пакетом НСЗУ може бути один або більше реабілітаційних циклів, що документуються у другому розділі ІРП.

При значній тривалості реабілітаційної допомоги етапне реабілітаційне обстеження проводиться не рідше ніж 1 раз у 2 тижні.

Зазначається, що надається реабілітаційна допомога в амбулаторних умовах.

Лікарем ФРМ та фахівцями з реабілітації — членами МДРК проводиться первинне реабілітаційне обстеження пацієнта.

Далі в ІРП заповнюється категорійний профіль.

6.2. Категорійний профіль*

Загальна мета:														
Загальна мета циклу:														
Завдання циклу № 1:														
Завдання циклу № 2:														
Реабілітаційний прогноз:														
Домени (НК 030:2022)*		Кваліфікатори доменів (НК 030:2022)**											Належність до завдання	Значення завдання
Функції організму							Проблема							
							0	1	2	3	4			
b*														
….														
….														
Активність та участь		виконання					здатність							
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
d*														
….														
….														
Фактори середовища		сприятливі чинники					бар’єри							
		4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4				
e*														
….														
….														

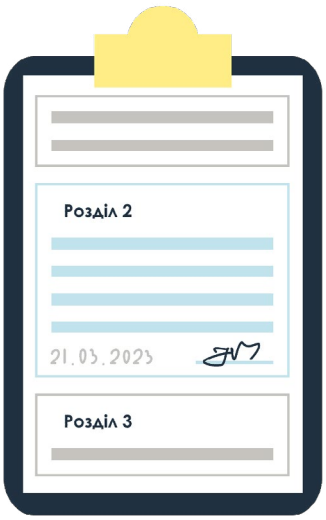
Далі заповнюється таблиця реабілітаційних втручань.

6.3. Таблиця реабілітаційних втручань*

Домени (НК 030:2022)*	Реабілітаційні втручання (НК 026:2021)	Лікар фізичної та реабілітаційної медицини	Фізичний терапевт	Ерготерапевт	Терапевт мови та	Протезист-ортезист	Психолог	Сестра медична з реабілітації	Початкове значення	Цільове значення	Кінцеве значення
Функції організму											
b*											
….											
….											
Активність та участь											
d*											
….											
….											
Фактори середовища											
e*											
….											
….											
Особисті фактори											

Наступні розділи ІРП заповнюються аналогічно алгоритму, розглянутому в попередній лекції курсу.

Лікар ФРМ визначає медичні обмеження та застереження щодо надання реабілітаційної допомоги, про що інформує інших членів МДРК. У разі необхідності лікар ФРМ може призначати додаткові діагностичні обстеження.



На загальних зборах МДРК визначає кількість потрібних фахівців та затверджує другий розділ ІРП. Після цього деталізуються плани лікування та потреба в допоміжних засобах.

Кожен фахівець з реабілітації, залучений до надання реабілітаційної допомоги, в рамках своїх професійних компетентностей за результатами реабілітаці-

йного обстеження самостійно складає та реалізує свою програму реабілітаційної терапії, а також оцінює досягнення завдань.

Фіксуються загальні потреби у медичних виробах (наприклад, крісла колісні, палиці, милиці тощо), в тому числі допоміжних засобах реабілітації та протезуванні.

Результати етапних (чи заключних, у разі закінчення надання допомоги) реабілітаційних обстежень також фіксуються у розділі 2.

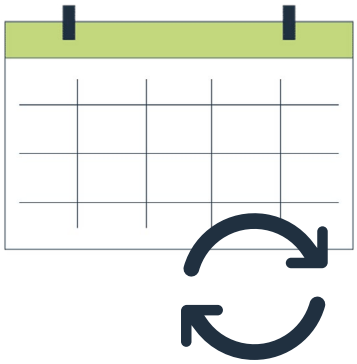
7. Заключне/етапне реабілітаційне обстеження _____

_____

7.1. Категорійний профіль*

Загальна мета:													
Загальна мета циклу:													
Завдання циклу № 1:													
Завдання циклу № 2:													
Реабілітаційний прогноз:													
Домени (НК 030:2022)*		Кваліфікатори доменів (НК 030:2022)**										Належність до завдання	Значення завдання
Функції організму							Проблема						
							0	1	2	3	4		
b*													
….													
….													
Активність та участь		виконання					здатність						
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4		
d*													
….													
….													
Фактори середовища		сприятливі чинники					бар'єри						
		4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4			
e*													
….													
….													

Члени мультидисциплінарної реабілітаційної команди проводять етапне /заключне реабілітаційне обстеження особи з визначенням змін стану її функціонування, стану досягнення завдань, коригуванням поточного реабілітаційного прогнозу та плануванням подальших циклів реабілітаційної допомоги що документується в ІРП. В тому числі визначаються зміни потреб у допоміжних засобах реабілітації, потреба у протезуванні.



Зміни загальних мети та завдань вносяться до ІРП після загального обговорення та затвердження лікарем ФРМ на зборах МДРК.

Після загальних зборів відбувається планування подальших циклів реабілітаційної допомоги чи визначення подальшого етапу надання реабілітаційної допомоги особі, яка потребує реабілітації. Подальший реабілітаційний маршрут має кілька варіантів:

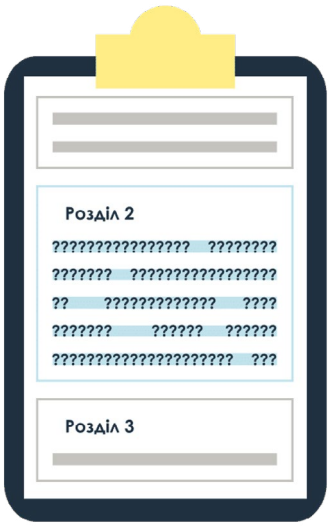
- Якщо особа не потребує подальшої реабілітації у разі відсутності обмежень повсякденного функціонування, надання реабілітаційної допомоги завершується.
- Якщо особа потребує періодичної підтримуючої реабілітаційної допомоги з метою запобігання втраті та/або підтримки досягнутого рівня функціонування, надання реабілітаційної допомоги продовжується етапом надання реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду (розглянемо у наступній лекції). Така підтримуюча допомога може надаватись у наступні способи: в стаціонарних або амбулаторних умовах (реабілітаційна допомога МДРК чи окремих фахівців) чи як домашня реабілітація або реабілітація у громаді (без допомоги МДРК).
- Визначається необхідність експертизи стійкого обмеження життєдіяльності.

ВАРІАНТ 2. Мультидисциплінарна реабілітаційна команда відсутня

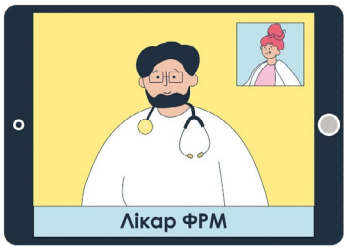
В деяких амбулаторних закладах МДРК відсутня. Також це питання актуальне при реабілітації в домашніх умовах чи у громаді.

В цих випадках реабілітаційна допомога надається фахівцями з реабілітації відповідно до загальної мети та завдань, зазначених в ІРП після проведення реабілітаційного обстеження МДРК на попередніх етапах надання реабілітаційної допомоги.

У випадку домашньої реабілітації або реабілітації в територіальній громаді під час надання первинної медичної допомоги провести первинне реабілітаційне обстеження МДРК не можливо. Це ж стосується випадку, коли реабілітаційна допомога на попередніх етапах не надавалась.



Тобто немає попередніх даних щодо загальної мети та завдань реабілітації.

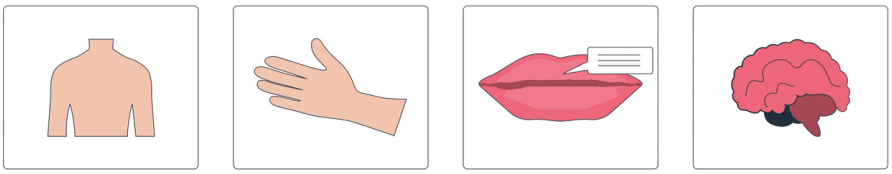


В такому випадку необхідне консультування лікарем ФРМ, який визначає медичні обмеження та застереження щодо надання реабілітаційної допомоги та затверджує індивідуальний реабілітаційний план.

Це консультування може відбуватися із застосуванням дистанційних технологій при обов'язковій участі лікаря, який надає первинну медичну допомогу особі, яка потребує реабілітації.

Нагадаємо, в цій лекції йде мова про випадки надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах, вдома або в громаді. В будь-якому разі комплекс реабілітаційних втручань продовжує бути спрямованим на досягнення загальної мети та завдань, визначених на попередньому етапі.

Він ґрунтується на інформації щодо фактичних змін функціонального стану особи, якій надавалась реабілітаційна допомога протягом попередніх етапів.



У разі надання реабілітаційної допомоги фахівцями з реабілітації в амбулаторному закладі, в умовах домашньої реабілітації або реабілітації у громаді, реалізується програма фізичної терапії або ерготерапії, або терапії мови та мовлення, або психологічної допомоги відповідно до загальної мети, зазначеної у другому розділі ІРП особи, яка потребує реабілітації, з урахуванням медичних обмежень та застережень щодо надання реабілітаційної допомоги.

Всі фахівці з реабілітації працюють в рамках своїх професійних компетенцій.

У наступному розділі розглянемо, як фіксувати відомості про довготривалий період реабілітації.

4.4. ТРЕТІЙ РОЗДІЛ ІРП. Довготривалий період реабілітації

У цьому розділі обговоримо структуру третього розділу індивідуального реабілітаційного плану та особливості документування процесу надання реабілітаційної допомоги в довготривалому періоді реабілітації у відповідності до можливих реабілітаційних маршрутів.

Довготривалий реабілітаційний період починається:

- у випадку виявлення обмеження повсякденного функціонування або стійкого обмеження життєдіяльності;
- за наявності стану здоров'я з хронічним перебігом, що прогресує та потребує реабілітації для досягнення та підтримки оптимального функціонування особи.

Реабілітаційна допомога високого обсягу має надаватися періодично з метою підтримки оптимального функціонування людини.

Впродовж надання реабілітаційної допомоги в довготривалому періоді можливі два реабілітаційні маршрути:

+ реабілітаційний маршрут при стані здоров'я з гострим початком;
+ реабілітаційний маршрут при стані здоров'я з хронічним перебігом.

Принципи документування протягом реабілітаційного маршруту при стані здоров'я з гострим початком, етап надання реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду.

Періодична підтримуюча реабілітаційна допомога може надаватися:

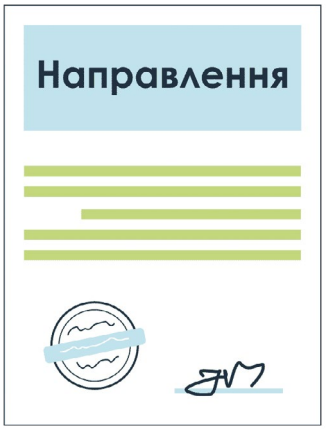
- в стаціонарних або амбулаторних реабілітаційних закладах, відділеннях, підрозділах;
- фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу самостійно;
- у вигляді домашньої реабілітації та реабілітації у територіальній громаді.

Обсяг надання реабілітаційної допомоги в стаціонарі

Реабілітаційна допомога в стаціонарі надається мультидисциплінарними реабілітаційними командами.

На основі результатів заключного або етапного реабілітаційного обстеження попереднього етапу лікуючий лікар або медико-соціальна експертна комісія, або лікарсько-консультативна комісія направляють особу, яка потребує реабілітації, для надання періодичної підтримуючої реабілітаційної допомоги.

Рішення щодо початку, формату та обсягу підтримуючої реабілітаційної допомоги приймається за результатами реабілітаційного обстеження.



Організація та документування процесу надання періодичної підтримуючої реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я в стаціонарних або амбулаторних умовах здійснюється згідно з інструкціями для реабілітаційних маршрутів післягострого реабілітаційного періоду, наданих в попередніх розділах.

Принципи документування протягом реабілітаційного маршруту при стані здоров'я з хронічним перебігом, етап надання реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду.

За наявності в особи, яка потребує реабілітації, стану здоров'я з хронічним перебігом, така особа потребує періодичної підтримуючої реа-

білітаційної допомоги, яка надається протягом довготривалого реабілітаційного періоду.

Реабілітаційна допомога у сфері охорони здоров'я при станах здоров'я з хронічним перебігом розпочинається після направлення лікуючого лікаря, зокрема лікаря, який надає первинну медичну допомогу, або медико-соціальною експертною комісією чи лікарсько-консультативною комісією.

Передумовою початку надання реабілітаційної допомоги є:

- здійснення повного обсягу діагностичних заходів відповідно до клінічного протоколу;
- встановлення діагнозу (стану здоров'я);
- надання лікуючим лікарем повного обсягу інформації щодо особи, яка потребує реабілітації, лікарю фізичної та реабілітаційної медицини з метою визначення медичних обмежень та застережень щодо надання реабілітаційної допомоги фахівцями з реабілітації.

Загальні мета та завдання реабілітаційної допомоги зазначаються у медичних записах розділу третього індивідуального реабілітаційного плану.

У разі виникнення загострень стану здоров'я з хронічним перебігом організація надання реабілітаційної допомоги здійснюється згідно з інструкціями, наданими у відео до розділу першого ІРП.

Відповідна інформація про зміни функціонування особи, яка потребує реабілітації, вноситься до медичних записів третього розділу індивідуального реабілітаційного плану.

Інші вимоги щодо практичної організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я при станах здоров'я з хронічним перебігом в стаціонарних або амбулаторних умовах забезпечуються згідно з інструкціями, наданими у відео до розділу другого ІРП.

У разі надання реабілітаційної допомоги

в амбулаторному реабілітаційному закладі фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу самостійно

у вигляді домашньої реабілітації

у територіальній громаді

реалізується програма:

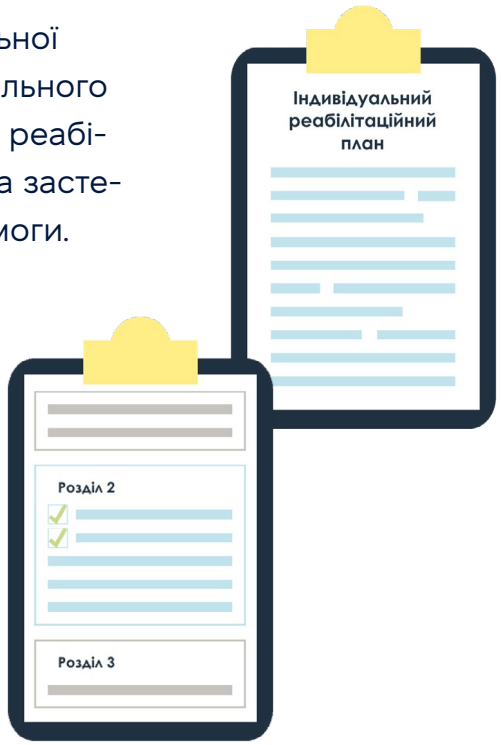
Фізичної терапії

Ерготерапії

Терапії мови та мовлення

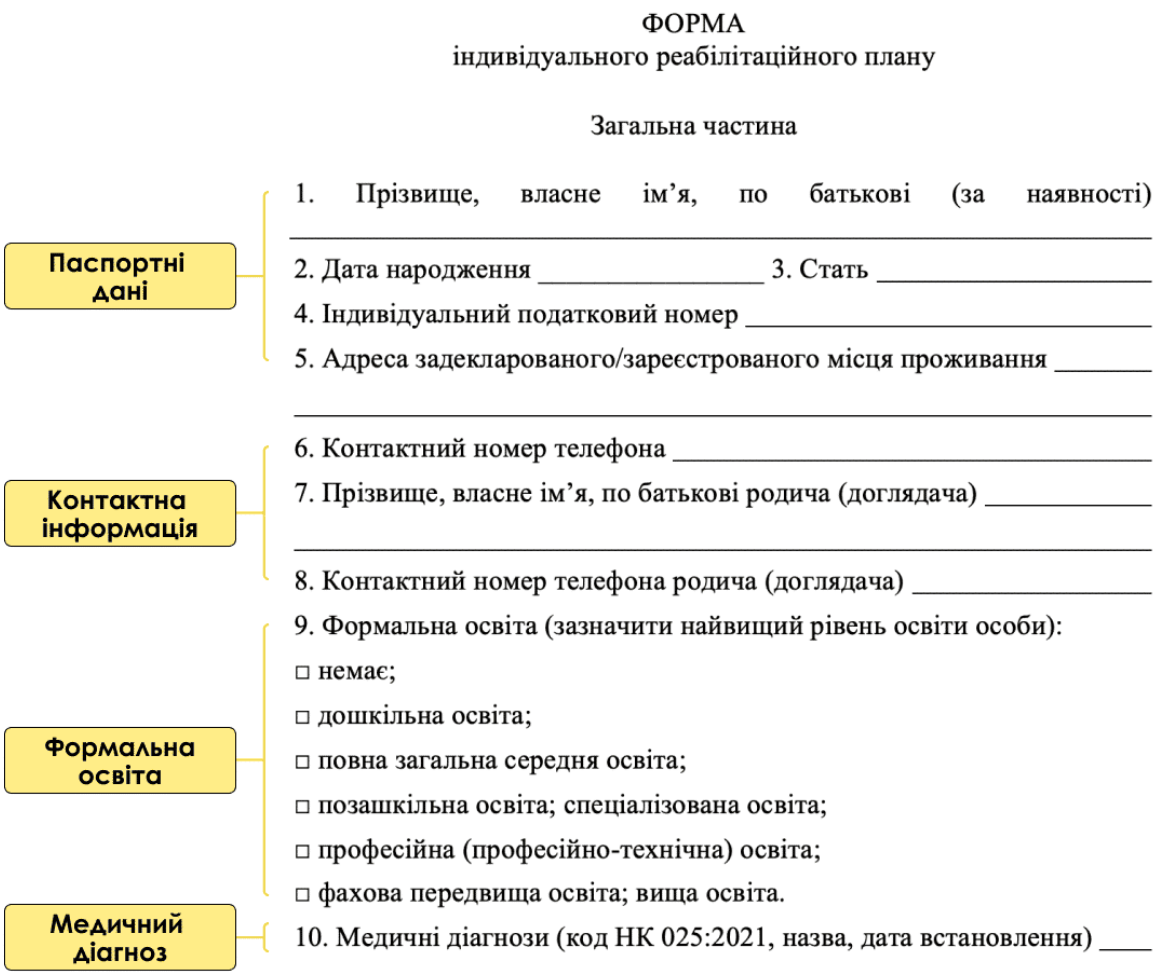
Психологічної допомоги

Програми реалізуються відповідно до загальної мети, зазначеної у розділі другому індивідуального реабілітаційного плану особи, яка потребує реабілітації, з урахуванням медичних обмежень та застережень щодо надання реабілітаційної допомоги.



Структура третього розділу ІРП схожа на структуру 1 та 2 розділу та містить:

- паспортні дані;
- контактну інформацію;
- формальну освіту;
- медичний діагноз.



Але існує відмінність. Зокрема, перший пункт містить інформацію про те, звідки скеровується пацієнт на реабілітацію в амбулаторних умовах або домашню реабілітацію. **Під час заповнення цього пункту потрібно вказати один із 5-ти можливих варіантів.**

Скерування для надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах або домашньої реабілітації

1. Після надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах протягом післягострого реабілітаційного періоду.
2. Після надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах протягом післягострого реабілітаційного періоду.
3. Лікуючий лікар / сімейний лікар, після встановлення медичного діагнозу стану здоров'я з хронічним перебігом

4. Лікуючий лікар / сімейний лікар, реабілітаційна допомога протягом попередніх реабілітаційних періодів не надавалась

5. Самостійне звернення, реабілітаційна допомога протягом попередніх реабілітаційних періодів не надавалась

Інші пункти ІРП ідентичні попереднім розділам:

- інформована згода особи, яка потребує реабілітації;
- повний обсяг медичної інформації, отриманий від лікуючого лікаря;
- характер стану здоров'я — гострий чи хронічний;
- курс періодичної підтримуючої реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду (порядковий номер);
- первинне реабілітаційне обстеження;
- заключне / етапне реабілітаційне обстеження з визначенням подальшої потреби в допоміжних засобах та реабілітаційній допомозі (особа не потребує реабілітації, потребує періодичної підтримуючої реабілітації, потребує проходження експертизи стійкого обмеження життєдіяльності). Інформація цього пункту дещо відрізняється в різних розділах.

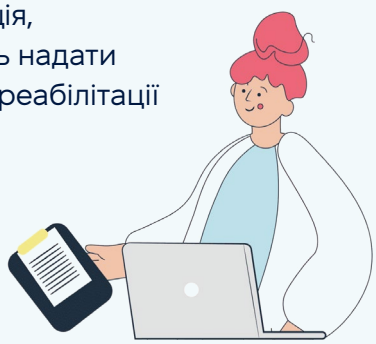
ТЕМА 5

Комунікація з особою, яка потребує реабілітації, її законними представниками, членами родини

5.1. Роль особи, яка потребує реабілітації, її законного представника, членів родини в створенні ІРП

Розглянемо основні аспекти взаємодії з пацієнтом

Інформація, яку мають надати фахівці з реабілітації пацієнту



Особливості спілкування при взаємодії з пацієнтом

Інформація, яку мають надати фахівці з реабілітації пацієнту

- Лікар фізичної та реабілітаційної медицини перш ніж розпочати реабілітацію має отримати інформовану згоду особи або законного представника для осіб віком до 14 років, а також осіб, визнаних недієздатними в установленому законом порядку;
- Лікар фізичної та реабілітаційної медицини перш ніж розпочати реабілітацію має отримати інформовану згоду особи або законного представника для осіб віком до 14 років, а також осіб, визнаних недієздатними в установленому законом порядку.

Пацієнта слід повідомити, що реабілітаційна допомога розпочинається з:

- проведення реабілітаційного обстеження;
- визначення наявності ризику виникнення обмеження повсякденного функціонування кількісної їх оцінки;
- створення індивідуального реабілітаційного плану.

Особа, яка потребує реабілітації, або її законний представник мають бути ознайомлені з індивідуальним реабілітаційним планом, після чого особа, яка набула повної цивільної дієздатності й усвідомлює значення своїх дій та може керувати ними, має право відмовитися від реабілітації.

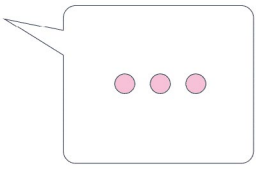
Особа, яка досягла повноліття, або законний представник такої особи мають право на отримання достовірної і повної інформації про стан її здоров'я, ознайомлення з відповідними документами, що стосуються реабілітації, зокрема ІРП.

Фахівці з реабілітації зобов'язані у доступній формі надати особі, яка потребує реабілітації, або її законному представнику інформацію про стан її здоров'я, наявні обмеження повсякденного функціонування та іншу інформацію, на підставі якої складається індивідуальний реабілітаційний план.

Лікарі ФРМ мають забезпечити:

- дотримання реабілітаційного маршруту осіб, які потребують реабілітації, відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;
- видачу електронного направлення на подальші курси реабілітації (у разі потреби) по завершенню даного курсу реабілітаційної допомоги, що надавався в стаціонарних умовах;
- обов'язкове інформування пацієнтів про можливі маршрути.

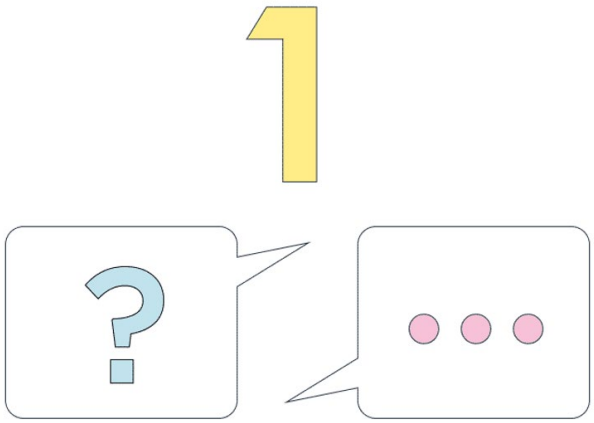
МДРК має інформувати пацієнтів та/або законного представника щодо можливостей:



- профілактики, лікування та реабілітації;
- отримання інших необхідних медичних послуг безоплатно за рахунок коштів державного бюджету.

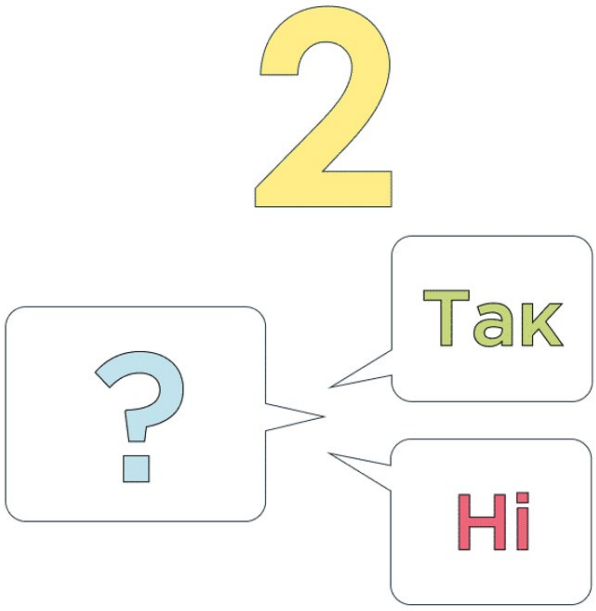
Особливості спілкування при взаємодії з пацієнтом

Спілкування фахівців з пацієнтами має бути структурованим. Фахівці можуть задавати відкриті та закриті запитання у визначеній послідовності.



Спочатку використовуються відкриті запитання, які передбачають розгорнуту відповідь та дозволяють зрозуміти ситуацію пацієнта та звузити теми спілкування.

Після того, як фахівці з реабілітації зібрали загальну інформацію про особу, яка потребує реабілітації, та її оточення, час перейти до закритих запитань.



Закритті запитання передбачають відповідь «Так» або «Ні» та дозволяють уточнити попередньо отриману інформацію.

Важливим аспектом взаємодії членів МДРК з пацієнтом є навички активного слухання та емпатія.

Активне слухання складається з чотирьох компонентів:

- Співпереживання;
- Прийняття (визнання точки зору іншої людини);
- Узгодженість (відкритість та щирість слухача);
- Завершеність (допомога сконцентруватися на реальній проблемі).

Особа, яка потребує реабілітації, є активним учасником процесу прийняття рішень під час надання реабілітаційної допомоги.

Необхідно залучати пацієнтів до ухвалення рішень щодо їх здоров'я, узгодження індивідуального реабілітаційного плану з пацієнтами відповідно до їх очікувань та можливостей.

Ступінь залученості пацієнта в процес реабілітації, якість комунікації між ним та фахівцями з реабілітації визначає рівень прихильності до виконання ІРП, довіри та задоволеності наданими послугами, що своєю чергою підвищує довіру до медичного закладу загалом.