

Міністерство охорони здоров'я України

**Організація
відновного лікування на рівні
первинної медико-санітарної допомоги**

Методичні рекомендації

Київ, 2013

Міністерство охорони здоров'я України



Затверджую

Директора Інститута охорони здоров'я України

О.К. Толстанов
О.К. Толстанов

січня
2013 року

Організація відновного лікування на рівні первинної медико-санітарної допомоги

Методичні рекомендації

Київ, 2013

Установа-розробник: Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Автори:

Лобас В.М. – доктор наук з державного управління, професор

Слабкий Г.О. – доктор медичних наук, професор

Кравець О.А. – асистент

Рецензенти:

Любінець О.В. – завідувач кафедри управління охорони здоров'я Львівського національного медичного університету ім. Д.Галицького, доктор медичних наук, професор

Децик О.З. - завідувач кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я та медичного правознавства ДВНЗ «Івано-Франківського національного медичного університету», доктор медичних наук, професор

Рекомендовано рішенням проблемної комісії МОЗ та НАМН України за спеціальністю «соціальна медицина» від 24 жовтня 2013 року.

Протокол № 8/2013

ЗМІСТ

№	Назва	Сторінка
	Умовні скорочення	3
	Вступ	5
1	Характеристика функціонально-організаційної моделі відновного лікування на первинному рівні надання медичної допомоги	6
1.1	Концептуальні підходи до створення моделі відновного лікування на первинному рівні	6
1.2.	Модель управління відновним лікуванням в умовах реформування галузі та пріоритетного впровадження сімейної медицини	13
1.3	Характеристика функціонально-організаційної моделі забезпечення відновного лікування на первинному рівні медичної допомоги	16
1.4	Перелік захворювань та клінічних станів для проведення відновного лікування на первинному рівні надання медичної допомоги	20
1.5	Організація проведення та характеристика реабілітаційної діагностики	20
1.6	Комплексна реабілітація	24
	Висновки	30
	Рекомендована література	31

УМОВНІ СКОРОЧЕННЯ

ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ЛЗП-СЛ	Лікар загальної практики-сімейний лікар
МКФ	Міжнародна класифікація функціонування
МСЕК	Медико-соціальна експертна комісія
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
ПМСД	Первинна медико-санітарна допомога
СА	Сімейна амбулаторія
ЦПМСД	Центр первинної медико-санітарної допомоги

ВСТУП

В умовах реформування системи охорони здоров'я пріоритетним є розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини. Визначені функції та обсяги діяльності лікарів загальної практики-сімейних лікарів (ЛЗП-СЛ), які базуються на компетентнісному підході. В функції ЛЗП-СЛ входить і організація на рівні ПМСД відновного лікування пацієнтів.

На думку провідних фахівців в галузі медичної реабілітації, актуальними проблемами, що вимагають наукового вирішення є роль амбулаторно-поліклінічної ланки в реалізації заходів відновного лікування, створення чіткої системи медичної реабілітації для хворих різного профілю, схожої з тою, що існує, наприклад, для хворих інфарктом міокарду. Незважаючи на те, що найвищого розвитку медична реабілітація досягла на санаторному етапі, глибоке обґрунтування її місця і організації в системі залишається науковою проблемою. Значним резервом в удосконаленні та розвитку медичної реабілітації, її етапності й наступності, що потребує нагального вивчення, є організація і проведення її сімейними лікарями з використанням сучасних фізичних чинників в умовах амбулаторії і вдома.

За 20 останніх років загальна потреба в медичній реабілітації зростає в 5,4 рази. Окрім зростання захворюваності людей, це обумовлено суттєвим прогресом в розробці і практичному застосуванні нових методів і засобів реабілітації. Дослідниками доведено, що медична реабілітація є різнодоступною для хворих з різною патологією. При хворобах опорно-рухового апарату вона використовується у 5,7 рази відносно частіше порівняно з іншими хворобами. Це є результатом історичного розвитку медичної реабілітації, який почався саме з цих хвороб. Водночас суттєво рідше медична реабілітація використовується стосовно хвороб системи кровообігу (в 2,7 рази), хвороб органів дихання (в 6,7 рази), хвороб органів травлення (в 2,7 рази), що потребує прискореного розвитку її адекватних

методів і засобів з метою більш позитивного впливу на громадське здоров'я. В сучасних умовах розвитку системи охорони здоров'я основним резервом збільшення можливостей медичної реабілітації є її розвиток на первинному рівні медичної допомоги шляхом відповідної підготовки сімейних лікарів і створення на лікарських амбулаторіях відповідних умов та організація лікарень відновного лікування в складі госпітальних округів.

1.ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1.1. Концептуальні підходи до створення моделі відновного лікування на первинному рівні

Організація відновного лікування – складне і багатокомпонентне поняття, яке об'єднує два аспекти: об'єктивний (організація відновного лікування на первинному рівні надання медичної допомоги) та суб'єктивний (відновне лікування, як воно сприймається медичними працівниками та пацієнтами). Модель відновного лікування базується на трьох основних компонентах: процесі, структурі і результативності, яку запропонував А. Donabedian для оцінки якості медичної допомоги і яка широко використовується в організації охорон здоров'я в країнах світу.

Структурна компонентна відновного лікування на рівні ПМСД характеризується і оцінюється рівнем забезпечення і якістю ресурсів (фінансових, кадрових, матеріально-технічних, інформаційних) та організаційних форм реабілітаційної допомоги. Таким чином, структура характеризує умови для забезпечення якісними та доступними заходами з відновного лікування. Структурний аспект визначається як по відношенню до лікувально-профілактичного закладу (сімейна амбулаторія) з її ресурсним забезпеченням (кадровим, матеріально-технічним), організацією роботи, так і до кожного медичного працівника ПМСД окремо. В цьому випадку оцінюються їх професійні якості: сума знань, умінь, навичок з проведення відновного лікування.

Процесна компонента відновного лікування є складовою сучасного управління організацією медичної допомоги пацієнтам в цілому на рівні ПМСД. Вона включає технології проведення відновного лікування.

Результат – це компонента відновного лікування, що відображає його ефективність. Оцінка за результатами включає отримання позитивних

результатів в наслідок наданої медичної допомоги в тому числі зниження інвалідності пацієнтів працездатного віку.

З позиції системного підходу всі вказані компоненти відновного лікування пов'язані між собою. Так, на ефективність відновного лікування впливає наявність та якість обладнання, технологій, рівень кваліфікації персоналу тощо. Отже на результативність відновного лікування можна впливати через удосконалення ресурсного забезпечення і заходів організаційно-управлінського характеру.

При проведенні теоретичного обґрунтування концептуальних підходів до впровадження на рівні ПМСД відновного лікування ми спиралися на ряд міжнародних документів.

Так, в Талліннській хартії «Система охорони здоров'я – добробут» (25–27 червня 2008 р.), зокрема говориться, що пацієнтам потрібно забезпечити доступ до високоякісної медичної допомоги, і впевненість у тому, що постачальники послуг у своїй роботі спираються на найсучасніші і надійні дані в медичній науці, а також використовують найбільш адекватні технології, забезпечуючи ефективність і безпеку втручань.

При цьому, щодо питань фінансування системи охорони здоров'я, у Хартії відзначається, що механізми фінансування повинні забезпечувати можливість перерозподілу ресурсів з метою оптимального надання медико-санітарних послуг, а «загальний характер розподілу ресурсів повинен забезпечувати необхідний баланс із метою найбільш повного задоволення поточних та прогнозованих потреб охорони здоров'я».

Використовуючи світовий досвід нами розроблені концептуальні підходи до впровадження на рівні ПМСД відновного лікування, які охоплюють організацію, всі види діяльності і ресурсів, орієнтована на пацієнтів та полягає в досягненні певного рівня ефективності реабілітаційних заходів.

Ми виходили з відомих підходів, які говорять про те, що:

- для отримання кращих результатів систему необхідно змінювати;

- результативність системи визначається її властивостями;
- різні вкладення в систему гарантують поліпшення тільки в тій мірі, в якій вони можуть вплинути на зміну системи, тобто будь-яка діяльність (навчання, заохочення, оцінка) призводить до поліпшення, тільки якщо має місце відповідне покращення самої системи;

- змінам мають піддаватися не тільки окремі компоненти системи відновного лікування (структура, процес, результат), а і зв'язки між ними.

Виходячи з цього безперервне забезпечення ефективності відновного лікування на рівні ПМСД передбачає комплексний, інтегрований і динамічний підхід, спрямований на поліпшення результатів діяльності системи в цілому (системний підхід) шляхом постійної модифікації і вдосконалення як її складових, так і взаємозв'язків між ними, виявлення і вирішення існуючих проблем.

Проведене теоретичне обґрунтування концептуальних підходів було використано при розробці концептуальної моделі впровадження відновного лікування на первинному рівні надання медичної допомоги. Розроблена концептуальна модель забезпечення відновного лікування на первинному рівні медичної допомоги яка представлена на рис. 1.

Як видно з рис. 1 основними складовими концептуальної моделі впровадження відновного лікування на первинному рівні надання медичної допомоги стали:

- готовність ПМСД до проведення відновного лікування пацієнтам з різною патологією та різними станами здоров'я;
- готовність пацієнта та його сім'ї до проведення комплексного відновного лікування на первинному рівні надання медичної допомоги;
- міжсекторальний підхід до забезпечення відновного лікування на рівні ПМСД;
- технології та процес відновного лікування на рівні ПМСД;
- забезпечення безперервного підвищення якості та контроль за відновним лікуванням на рівні ПМСД.

Далі детально представимо зміст кожної складової.

1. Готовність ПМСД до проведення відновного лікування пацієнтам з різною патологією та різними станами здоров'я.

Рішення даної задачі полягає в наступному:

- теоретична та практична підготовка лікарів та медичних сестер яку вони отримують під навчання на курсах спеціалізації та передатестаційних циклах, стажуванні на робочому місці, а також під час відпрацювання спеціальних навичок на профільних тренінгах;

- методичне забезпечення ПМСД з питань організації відновного лікування яке полягає в наявності у лікарів загальної практики-сімейних лікарів клінічних протоколів та керівництв, методичних рекомендацій та інструкцій, а також типових програм відновного лікування на первинному рівні надання медичної допомоги при різних нозологічних формах та станах пацієнтів;

- інформаційне персоніфіковане забезпечення яке полягає в наявності програм реабілітації які розробляються МСЕК для осіб з стійкою втратою працездатності і рекомендації щодо відновного лікування, які надаються пацієнтам по виписці після стаціонарного лікування;

- матеріально-технічне забезпечення процесу відновного лікування яке залежить від місця його проведення (лікарська амбулаторія чи вдома) і полягає в оснащенні сімейної амбулаторії у відповідності до затверджених табелів оснащення чи наявності вдома індивідуальних засобів реабілітації відповідно, а також наявності місця для проведення заходів з відновного лікування;

- комп'ютеризація сімейних амбулаторій (СА) з доступом до системи Інтернет.

2. Готовність пацієнта та його сім'ї до проведення комплексного відновного лікування на первинному рівні надання медичної допомоги.

Складовими рішення цієї задачі є забезпечення



Рис. 1. Концептуальна модель впровадження відновного лікування на рівні первинної медико-санітарної допомоги

- фізичної і економічної доступності як ПМСД так і засобів з відновного лікування;
- особистісних характеристик пацієнта та рівень його мотивації і готовності до проведення відновного лікування;
- забезпечення технічними засобами реабілітації в тому числі індивідуальними, вміння користуватися ними та їх експлуатації;
- умов проживання, соціального середовища та рівня економічного статку сім'ї.

Важливе значення має рівень готовності членів сім'ї до підтримки та їх допомога особі, яка проходить реабілітацію.

2. Міжсекторальний підхід до забезпечення відновного лікування на рівні ПМСД.

Рішення цієї задачі передбачає взаємодією лікаря загальної практики-сімейного лікаря з:

- лікарями-спеціалістами відповідної спеціальності в процесі реабілітаційної діагностики, розробки індивідуальної програми відновного лікування та контролю ефективності лікування і корегування програми, а при необхідності їх участі в процесі відновного лікування (психологи);
- МСЕК з загальних питань надання медичної допомоги особам із стійкою втратою працездатності;
- службами соціального захисту населення з питань забезпечення інвалідів технічними засобами реабілітації, а при необхідності їх ремонту і заміні, а також організації патронатної допомоги працівниками служби.

Можливим напрямком міжсекторальної взаємодії є сумісна робота медичних працівників ПМСД з службами Червоного Хреста та недержавними організаціями які опікуються проблемами інвалідів.

3. Технології та процес відновного лікування на рівні ПМСД.

Основними складовими рішення даної задачі являються:

- етапність проведення реабілітаційної діагностики яка включає вивчення медичної документації та проведення первинної бесіди з пацієнтом і членами його родини, проведення первинного реабілітаційно-діагностичного обстеження та обстеження соціального середовища пацієнта і психодіагностичного обстеження;
- первинне реабілітаційне тестування та оцінка реабілітаційного потенціалу і формування реабілітаційного діагнозу;
- формування індивідуальної комплексної програми відновного лікування;
- проведення заходів комплексної медичної, соціальної, психологічної реабілітації та надання реабілітаційно-технічних послуг.

4. Забезпечення безперервного підвищення якості та контроль за відновним лікуванням на рівні ПМСД.

В рішенні даної задачі важливе значення має запровадження:

- індикаторів оцінки ефективності відновного лікування на рівні ПМСД;
- мотиваційних механізмів для медичних працівників ПМСД до широкого використання сучасних технологій відновного лікування;
- забезпечення ЛЗП-СЛ інструктивно-методичними матеріалами з технологій відновного лікування які базуються на доказах;
- міжсекторальний механізм контролю за організацією відновного лікування на рівні ПМСД.

1.2. Модель управління відновним лікуванням в умовах реформування галузі та пріоритетного впровадження сімейної медицини

На базі концептуальної моделі впровадження відновного лікування на рівні ПМСД із застосуванням теорії системності, обґрунтована і розроблена модель управління відновним лікуванням яка складається з об'єкту та суб'єкту управління і блоку наукового регулювання.

Розроблена функціонально-організаційна модель управління відновним лікуванням на рівні ПМСД представлена на рис. 2.

Об'єктом управління є організація відновного лікування.

Суб'єктом, який керує організацією відновного лікування на рівні Центру ПМСД є головний лікар, а на рівні регіону - керівник управління (департаменту) охороною здоров'я відповідного рівня.

В процесі управління організацією відновного лікування передбачається наявність та систематичне поповнення всіх видів інформації з питань забезпечення пацієнтів відновним лікуванням, наявності ресурсів.

Це стосується статистичних, фінансово-економічних, кадрових показників, інформації щодо результатів застосування відновного лікування, яка розповсюджується на кожний ієрархічний рівень за допомогою створеної інформаційно-довідкової системи. Інформація із особистих джерел включає в собі дані медико-соціологічних досліджень, що проводяться в ЗОЗ стосовно задоволення пацієнтів організацією та якістю відновного лікування, спілкуванням з медичним персоналом, санітарними умовами тощо.

Інформаційні процеси управління мають здійснюватися на основі державної політики інформатизації охорони здоров'я.

При цьому встановлено такий розподіл функцій: головний лікар несе відповідальність та управляє матеріально-технічним, фінансовим, кадровим забезпеченням, а лікар загальної практики-сімейний лікар (ЛЗП-СЛ) - за якість та ефективність медичної допомоги з відновного лікування. Структурний аспект системного підходу вирішує питання організації

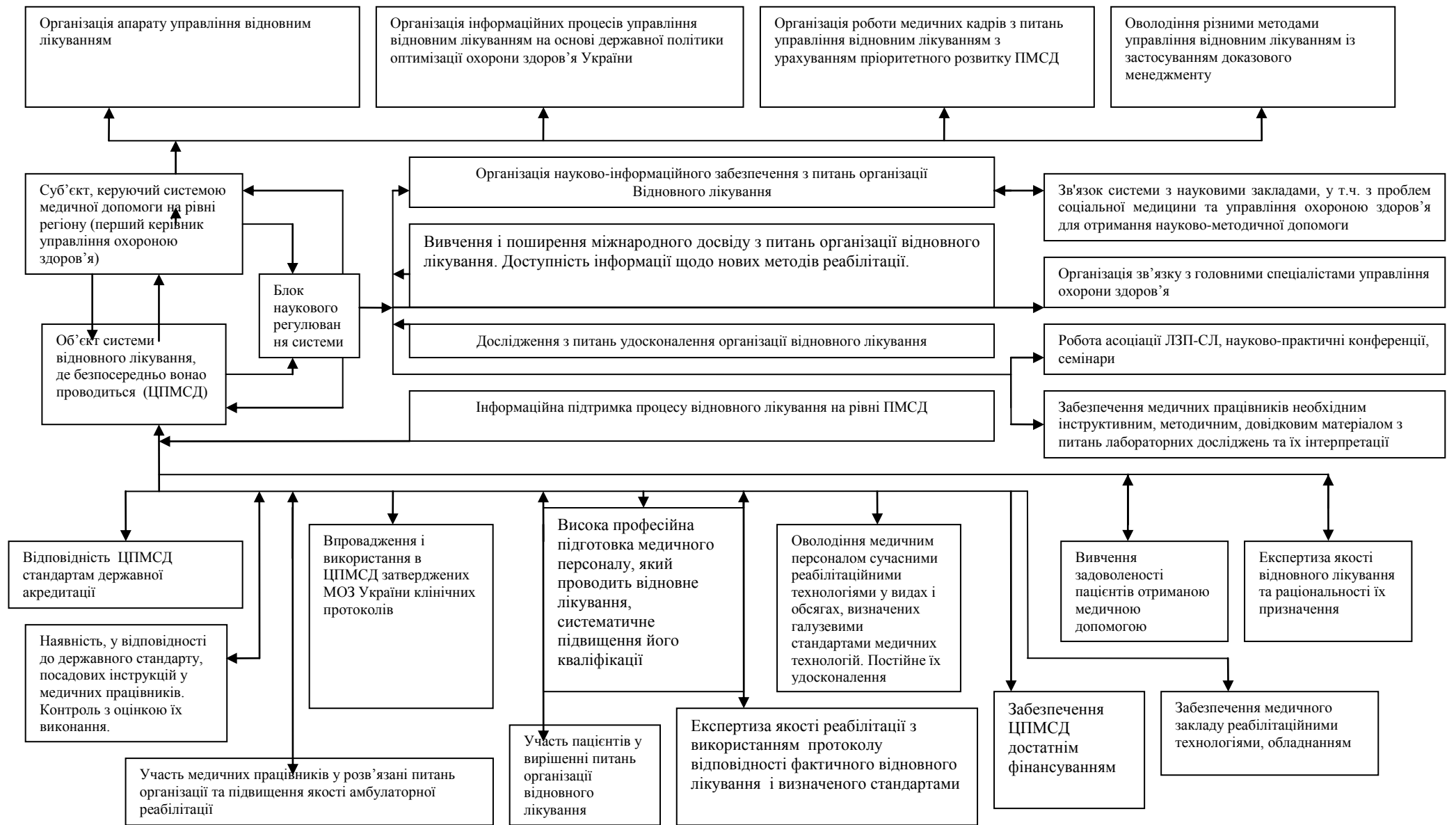


Рис. 2 Функціонально - організаційна модель управління організацією відновним лікуванням на рівні ПМСД

внутрішніх взаємозв'язків між всіма компонентами суб'єкту відновного лікування пацієнтів на рівні ПМСД.

Слід зазначити, що одним із основних видів управління є стратегічний.

Визначена стратегія безпосереднього впровадження відновного лікування на рівні ПМСД, при якій управлінська інформація від апарату управління галузевого рівня скеровується на рівень Департаментів охорони здоров'я обласних держадміністрацій та міських і районних управлінь і доводиться до відома медичних працівників Центрів ПМСД. Запропонована концептуальна модель організації відновного лікування на рівні ПМСД має свій розвиток під впливом багатьох факторів і умов, тому крім стратегічного будуть застосовуватись оперативний, ситуаційний, проблемно-тактичний види управління. Взаємозв'язок між апаратом управління має здійснюватись при стратегічному та оперативному видах управлінь на основі лінійного і функціонального зв'язку.

Для оцінки ефективності відновного лікування в Центрах ПМСД застосовують карти і протоколи експертної оцінки ступеня виконання стандарту відновного лікування, який визначено клінічними протоколами, які затвердженні МОЗ України. Впровадження інформаційних технологій служить механізмом контролю якості відновного лікування.

Ключовою ідеєю в рішенні поставлених задач стало послідовне вирішення пріоритетної проблеми забезпечення населення якісними послугами з відновного лікування, що базуються на доказах, з метою відновлення втрачених в результаті хвороби функцій.

Структурну основу моделі складають наявні ресурси діючої системи охорони здоров'я. Її впровадження вимагає додаткових фінансових ресурсів на матеріально-технічне забезпечення сімейних амбулаторій відповідно до галузевих стандартів.

1.3. Характеристика функціонально-організаційної моделі забезпечення відновного лікування на первинному рівні медичної допомоги

Розроблена функціонально-організаційна модель забезпечення відновного лікування на первинному рівні медичної допомоги яка представлена на рис. 3.

Центральним елементом моделі виступає пацієнт, який потребує відновного лікування та його сім'я і лікар загальної практики-сімейний лікар, які сумісно приймають рішення про проведення на первинному рівні надання медичної допомоги відновного лікування при консультуванні лікарів-спеціалістів відповідної спеціальності формують індивідуальну програму реабілітації.

Стратегічним напрямком моделі є забезпечення більш якісного та здорового життя населення після перенесених захворювань, особливо тих, що стали причиною стійкої втрати працездатності та інвалідності.

Тактичним напрямком моделі є застосування методів та засобів відновного лікування на первинному рівні надання медичної допомоги в закладі ПМСД та вдома.

Система складаються із шести блоків кожний з яких в свою чергу має свої складові.

I блок визначає готовність ПМСД до проведення відновного лікування. Він має наступні складові: теоретична та практична підготовка лікарів та медичних сестер яку вони отримують під навчання на курсах спеціалізації та передатестаційних циклах, стажуванні на робочому місці, а також під час відпрацювання спеціальних навичок на профільних тренінгах; методичне забезпечення ПМСД з питань організації відновного лікування яке полягає в наявності у лікарів загальної практики-сімейних лікарі клінічних протоколів та керівництв, методичних рекомендацій та інструкцій, а також типових програм відновного лікування на первинному рівні надання медичної

допомоги при різних нозологічних формах та станах пацієнтів; інформаційне персоніфіковане забезпечення яке полягає в наявності програм реабілітації які розробляються МСЕК для осіб з стійкою втратою працездатності і рекомендації щодо відновного лікування, які надаються пацієнтам по виписці після стаціонарного лікування; матеріально-технічне забезпечення процесу відновного лікування яке залежить від місця його проведення (лікарська амбулаторія чи вдома) і полягає в оснащенні сімейної амбулаторії у відповідності до затверджених табелів оснащення (наказ МОЗ України від 01.09.2011, № 555 «Про затвердження Примірних табеля матеріально-технічного оснащення закладів первинної медичної допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві») чи наявності вдома індивідуальних засобів реабілітації відповідно, а також наявності місця для проведення заходів з відновного лікування.

II блок запропонованої моделі визначає етапність проведення реабілітаційної діагностики яка включає вивчення медичної документації та проведення первинної бесіди з пацієнтом і членами його родини, проведення первинного реабілітаційно-діагностичного обстеження та обстеження соціального середовища пацієнта та психодіагностичного обстеження з наступним первинним реабілітаційним тестуванням і оцінкою реабілітаційного потенціалу і формуванням реабілітаційного діагнозу яке закінчується формуванням індивідуальної комплексної програми відновного лікування.

III блок моделі включає доступність медичної допомоги, яка визначається відповідним рівнем законодавчого забезпечення та наявністю регіональних цільових програм реабілітації певних категорій хворих, а також, фізичною і економічною доступністю як ПМСД так і засобів з відновного лікування, крім того в даному блоці визначено фактори впливу на ефективність реабілітаційних заходів такі як особистісні характеристики пацієнта та рівень його мотивації і готовності до проведення відновного лікування, умови проживання, соціальне середовище та рівень економічного

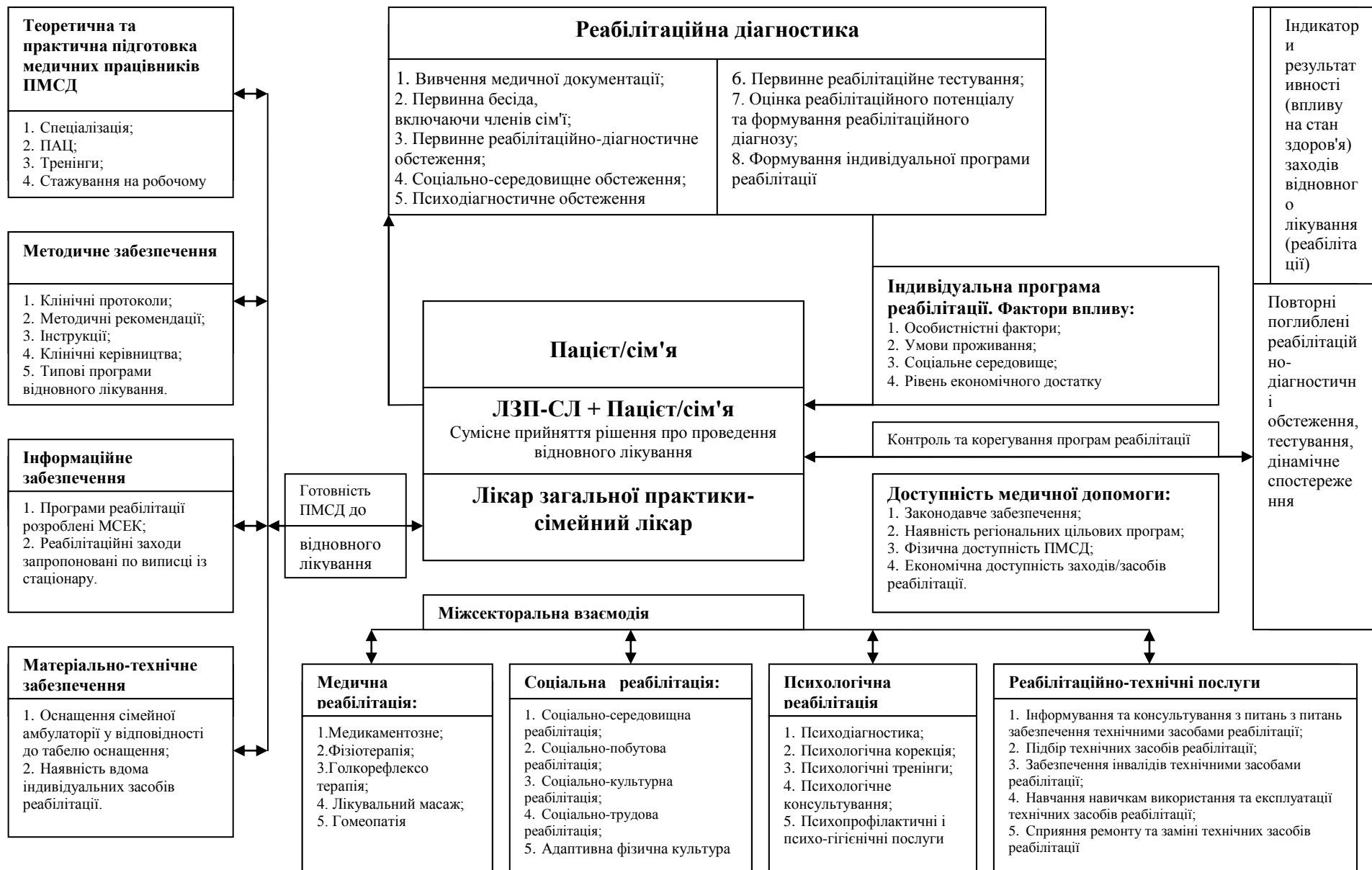


Рис.3 Функціонально-організаційна модель забезпечення відновного лікування на первинному рівні надання медичної допомоги.

статку сім'ї. Важливе значення має рівень готовності членів сім'ї до підтримки та їх допомога особі, яка проходить реабілітацію, тому необхідна підготовка членів сім'ї до такого важливого заходу як відновне лікування, особливо інвалідів.

IУ блок – це комплексне відновне лікування, яке має чотири складових: медична реабілітація (медикаментозна, фізіотерапія, голкорексфлексотерапія, лікувальний масаж, гомеопатія), соціальна реабілітація (соціально - середовищна, соціально-побутова, соціально-культурна, соціально-трудова, адаптивна фізична культура), психологічна реабілітація (психодіагностика, психологічна корекція, психологічні тренінги, психологічне консультування, психопрофілактичні і психогігієнічні послуги) та надання реабілітаційно-технічних послуг (підбір і забезпечення технічними засобами реабілітації в тому числі індивідуальними, навчання користування ними та їх експлуатації, ремонт і заміна).

У блок – контроль ефективності відновного лікування за визначеними індикаторами та при необхідності корекція індивідуальної програми відновного лікування.

УІ блок полягає в міжсекторальній взаємодії в процесі підготовки та проведенні відновного лікування на первинному рівні надання медичної допомоги. Вона забезпечується взаємодією лікаря загальної практики-сімейного лікаря з лікарями-спеціалістами відповідної спеціальності в процесі реабілітаційної діагностики, розробки індивідуальної програми відновного лікування та контролю ефективності лікування і корегування програми, а при необхідності їх участі в процесі відновного лікування (психологи); МСЕК з загальних питань надання медичної допомоги особам із стійкою втратою працездатності; службами соціального захисту населення з питань забезпечення інвалідів технічними засобами реабілітації, а при необхідності їх ремонту і заміні, а також організації патронатної допомоги працівниками служби. Можливим напрямком міжсекторальної взаємодії є

сумісна робота медичних працівників ПМСД з службами Червоного Хреста та недержавними організаціями які опікуються проблемами інвалідів.

1.4. Перелік захворювань та клінічних станів для проведення відновного лікування на первинному рівні надання медичної допомоги

Експертним шляхом встановлено перелік нозологічних форм та станів для організації відновного лікування на первинному рівні надання медичної допомоги. За висновками експертів найбільшу інтегровану оцінку з приводу можливості проведення відновного лікування на первинному рівні надання медичної допомоги отримали: стани після перенесених інфекційних хвороб (8,4), стани після психотравми (8,2), травми хребта (7,9), наслідки перенесених гострих порушень мозкового кровообігу (7,5), травми з переломами кінцівок та остеохондроз (по 7,4), травми з переломами кісток тазу (7,2). Крім того відновному лікуванню на первинному рівні надання медичної допомоги підлягають пацієнти після перенесених оперативних втручань абдомінальних (6,8), торакальних (5,0), урологічних (5,7) та з приводу злоякісних новоутворень (5,2) та при інших визначених експертами станах і захворюваннях.

1.5. Організація проведення та характеристика реабілітаційної діагностики

Розвиток реабілітаційної діагностики повинен здійснюватися у напрямі впровадження нових методів оцінки і аналізу взаємодії суспільства і інвалідів, виявлення чинників, що перешкоджають їх залученню до життєвих ситуацій, встановленню проблем реалізації реабілітаційного потенціалу, пов'язаних з наявністю створених неінвалідами бар'єрів в різних сферах життя.

В даний час існує два підходи до реабілітаційної діагностики.

Перший - класичний, ґрунтується на вітчизняних традиціях, методах, що історично склалися. Він включає клініко-функціональну діагностику, соціальну (включаючи соціально-середовищну) і психологічну діагностику.

Клініко-функціональна діагностика дозволяє встановити клінічну (нозологічну) форму основного захворювання, клінічну (нозологічну) форму супутнього захворювання, стадію патологічного процесу, характер перебігу захворювання, вигляд порушень функцій організму, міру функціональних порушень, клінічний прогноз, оцінити соматичний компонент реабілітаційного потенціалу, сформувати структурно-функціональний компонент реабілітаційного прогнозу. У пацієнтів визначають функціональний стан організму і ураженої хворобою системи або органу, оцінюють витривалість до фізичних навантажень і стомлюваність, вивчають біомеханічні і біоелектричні показники.

В процесі соціальної діагностики проводять всестороннє соціальне обстеження, визначають соціальні критерії для оцінки наявності і міри вираженості обмежень життєдіяльності, оцінюють реабілітаційний потенціал і вірогідність реабілітаційного прогнозу.

Соціальна діагностика включає вивчення і аналіз базових соціальних характеристик людини (стать, вік, освіта, професія, кваліфікація, характер зайнятості і так далі), характеристик різних видів його діяльності, проведення соціально побутового, соціально-середовищного, професійно-трудового обстеження, різних видів тестування людини, встановлення соціальних критеріїв наявності і міри вираженості обмежень життєдіяльності, визначення показників реабілітаційного потенціалу.

Психологічна діагностика передбачає оцінку трьох компонентів психічної діяльності: стани вищих психічних функцій і динаміки розумової діяльності, емоційно-вольової сфери і особливостей особи. Психологічний діагноз містить оцінку структури пізнавальної діяльності пацієнта, його реакції на хворобу і життєву ситуацію, пов'язану з хворобою, змін

мотиваційної сфери, круга інтересів, потреб, сприйняття себе в новій соціальній ролі.

Описаний підхід акцентує увага фахівців, що здійснюють реабілітаційну діагностику, на обмеженнях життєдіяльності, пов'язаних з недоліками в самій людині, а не його оточенні. Кількість конкретних критеріїв, що характеризують проблеми суспільних взаємин і взаємозв'язків пацієнтів, перешкод/бар'єрів, що оточують його, недостатньо.

У зв'язку з цим сформувані програму комплексної реабілітації, що враховує всі проблеми життя людини з важкою хворобою (структури і функції організму, активність і участь, включення і залучення, зовнішнє середовище, установки і соціальні стосунки і так далі) і націлену на максимальну реалізацію потенційних можливостей пацієнта, буває важко.

Другий підхід не є зіставленням першому. Навпаки, він враховує всі його позитивні сторони, але, при цьому, також враховує прийняті останніми роками міжнародні документи ООН і ВІЗ, засновані на передовому міжнародному, у тому числі європейському, досвіді.

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я» (далі іменується МКФ), затверджена ВООЗ, дозволяє збудувати стратегію реабілітаційної діагностики принципово новим чином.

МКФ складається з двох частин: 1) функціонування і обмеження життєдіяльності; 2) чинники контексту. Частину перша класифікує функції і структури організму (анатомічні структури і фізіологічні, у тому числі психічні функції), а також активність і участь людини (дії з виконання завдань, залучення до життєвої ситуації).

Частину друга класифікує чинники довкілля (фізична і соціальна обстановка, середовище стосунків і установок) і особові чинники, що впливають на функціонування і обмеження життєдіяльності. Кожна частина представлена як позитивним аспектом (структурно-функціональна цілісність, активність і участь, функціонування, що полегшують чинники), так і негативним аспектом (порушення структури і функції, обмеження

активності, обмеження можливості участі, обмеження життєдіяльності перешкоджаючі чинники/бар'єри).

МКФ може бути використана для опису процесів функціонування і обмеження життєдіяльності, пропонуючи засоби їх опису і відображення. Практичне значення взаємодій між складовими МКФ може бути представлено наступними прикладами:

а) людина може мати порушення без зниження потенційних здібностей;

б) людина може мати проблеми реалізації або зниження потенційних здібностей без візуальних порушень;

в) людина може мати проблеми реалізації без порушень і зниження потенційних здібностей;

г) людина може мати зниження потенційних здібностей і не мати проблем реалізації в конкретному довкіллі.

Складові цього підходу кваліфікуються двома визначниками: «реалізація і потенційна здатність».

Потенційна здатність встановлює здатність пацієнта виконувати дію або справлятися з будь-яким завданням в умовах «стандартного» або «типового» оточення, при якому негативний вплив чинників довкілля максимально знівелював і можливе досягнення рівня граничного функціонування.

На відміну від «потенційних здібностей» проблеми «реалізації» опосередковані конкретними чинниками довкілля (фізичне, соціальне середовище, стосунки і установки і тому подібне). Таким чином, актуальні умови, в яких знаходиться пацієнт, і зусилля держави і суспільства по залученню його до конкретних життєвих ситуацій, залишаються за межами можливостей пацієнта втрутитися в цей процес.

Розширення сфери реабілітаційної діагностики повинне передбачати вивчення і оцінку всіх чинників, представлених в МКФ.

До методів реабілітаційної діагностики відносяться:

1. Вивчення документації (медичної, медико-соціальної експертизи і ін.).
2. Первинна бесіда з інвалідом і, по можливості, з членами його сім'ї.
3. Первинне реабілітаційно-діагностичне обстеження.
4. Формування плану поглибленого реабілітаційно-діагностичного обстеження.
5. Соціальне і соціально-середовищне обстеження.
6. Психодіагностичне обстеження.
7. Первинне реабілітаційне тестування.
8. Оцінка реабілітаційного потенціалу і формування реабілітаційного діагнозу.
9. Формування реабілітаційного прогнозу.
10. Формування індивідуальної програми реабілітації.
11. Повторні поглиблені реабілітаційно-діагностичні обстеження, тестування і динамічне спостереження.

1.6. Комплексна реабілітація.

Метою реабілітаційної дії є розвиток реабілітаційного потенціалу пацієнта. Зважаючи на той факт, що реабілітаційний потенціал пацієнта має складну структуру (соматичний, соціальний і особовий компоненти), і його соціальний і особовий компоненти є похідними від взаємодії пацієнта і суспільства, необхідно виділяти два напрями реабілітаційної дії.

Частина реабілітаційних послуг звернена безпосередньо до пацієнта з метою відновлення і компенсації порушень з боку структур і функцій організму, підвищенню його активності при виконанні певних завдань або дій, подоланню труднощів і бар'єрів (психологічних, фізичних) при включенні в різні життєві ситуації. Інша частина реабілітаційних послуг звернена до людей, які його оточують, безпосередньо або побічно взаємодіють з ним, формують умови, сприяючі або перешкоджаючі реалізації його потенційних можливостей.

Визначальний чинник системи і результат надання реабілітаційних послуг - досягнення максимальної соціальної інтеграції - залежить від ефективності і успішності його соціальної взаємодії і суспільства, а також розвитку його реабілітаційного потенціалу і відновлення соціального статусу.

Основними видами реабілітаційних послуг є:

- реабілітаційно-діагностичні;
- реабілітаційно-медичні;
- реабілітаційно-соціальні;
- реабілітаційно-освітні;
- реабілітаційно-трудова;
- реабілітаційно-психологічні;
- реабілітаційно-технічні.

На первинному рівні медичної допомоги вони надаються всіма учасниками мультидисциплінарної команди (лікарками, психологами, педагогами, соціальними працівниками, фахівцями з технічних засобів реабілітації і протезно-ортопедичної допомоги і так далі).

Реабілітаційно-медичні послуги включають протезування, а також медичні послуги зв'язані із застосуванням технічних засобів реабілітації інвалідів, у тому числі протезно-ортопедичних виробів.

Реабілітаційно-соціальні послуги включають соціально-середовищну реабілітацію, соціокультурну реабілітацію, соціально-побутову адаптацію, адаптивну фізичну культуру і спорт.

Реабілітаційно-освітні послуги включають соціально-педагогічну реабілітацію, психолого-педагогічну корекцію, професійне вчення і перенавчання.

Реабілітаційно-трудова послуги включають сприяння в працевлаштуванні, професійно-виробничу адаптацію, підтримуване працевлаштування.

Реабілітаційно-психологічні послуги включають соціально-психологічну реабілітацію.

Реабілітаційно-технічні послуги включають підбір і надання пацієнтам технічних засобів реабілітації, включаючи протезно-ортопедичні вироби, надання послуг з їх ремонту і заміни, вчення навикам їх використання.

Надання кожного виду реабілітаційних послуг носить комплексний характер.

Основним видом послуг, що надаються фахівцями медичного профілю, є реабілітаційно-медичні послуги.

Фахівці соціального профілю, окрім здійснення заходів реабілітаційної (соціальною) діагностики, надають реабілітаційно-соціальні послуги (основний вид послуг), беруть участь в наданні реабілітаційно-освітніх послуг (соціально-педагогічна реабілітація), реабілітаційно-трудова послуг (надання послуг з трудотерапії, участь в професійному відборі, можлива участь в підтримуваному працевлаштуванні), реабілітаційно-технічних послуг (встановлення соціальних критеріїв забезпечення технічними засобами реабілітації).

Основним видом послуг, які здійснюються фахівцями педагогічного профілю, поряд з послугами реабілітаційної (педагогічною) діагностики є реабілітаційно - освітні послуги. Також вони беруть участь в наданні реабілітаційно-соціальних послуг (послуги соціальної педагогіки), реабілітаційно-трудова послуг (виробниче вчення в процесі трудової діяльності), реабілітаційно-психологічних послуг (психо-педагогічна корекція, психо-педагогічний патронаж сім'ї).

Фахівці психологічного профілю, окрім здійснення заходів реабілітаційної діагностики (психодіагностики), надають реабілітаційно-психологічні послуги (основний вигляд послуг). Окрім цього, вони беруть участь в наданні реабілітаційно-соціальних послуг (психологічний супровід), реабілітаційно-освітніх послуг (психологічний супровід) і реабілітаційно-трудова послуг (участь в професійному відборі).

Фахівці реабілітаційної індустрії, поряд з реабілітаційною діагностикою надають реабілітаційно - технічні послуги (основний вид), а також беруть участь в наданні реабілітаційно-медичних послуг (протезно-ортопедичні послуги, послуги із забезпечення технічними засобами реабілітації медичного призначення), реабілітаційно-соціальних послуг (забезпечення технічними засобами, що полегшують життя і побут, адаптація житла), реабілітаційно-освітніх послуг (забезпечення технічними засобами, що полегшують життя і побут, адаптація житла), реабілітаційно-освітніх послуг (забезпечення технічними засобами реабілітації для вчення, адаптація учбових місць), реабілітаційно-трудова послуг (забезпечення технічними засобами реабілітації для здійснення трудової діяльності, адаптація робочих місць).

Для практичних потреб і формування реєстру реабілітаційних послуг, що надаються на первинному рівні медичної допомоги пропонується наступний перелік:

1. Реабілітаційно-медичні послуги:

1.1. Протезування.

1.2. Медичні послуги, пов'язані із застосуванням технічних засобів реабілітації, у тому числі протезно-ортопедичних виробів.

1.3. Технології відновного лікування: фізіотерапія, масаж, ЛФК, медикаментозна терапія, голкорексфлексотерапія, гомеопатія.

1.4. Медичний контроль і медичний супровід реабілітаційних заходів.

2. Реабілітаційно-соціальні послуги:

2.1. Соціально-середовищна реабілітація.

2.1.1. Інформування і консультування.

2.1.2. Навчання персонального збереження.

2.1.3. Навчання соціальним навикам.

2.1.4. Навчання соціальному спілкуванню.

2.1.5. Навчання соціальній незалежності.

2.1.6. Надання допомоги у вирішенні особистих соціальних проблем.

2.1.7.Консультавання з правових питань.

2.2. Соціокультурна реабілітація:

2.2.1.Арттерапія.

2.2.2.Артпедагогіка.

2.2.3.Бібліотерапія.

2.2.4.Ізотерапія.

2.2.5. Естетотерапія.

2.2.6.Музикотерапія.

2.2.7.Ігрова терапія.

2.2.8.Глинотерапія.

2.2.9.Анімаційна терапія.

2.2.10.Комп'ютерні технології соціокультурної реабілітації.

2.3. Соціально-побутова адаптація:

2.3.1.Інформування і консультавання.

2.3.2.Адаптаційне навчання пацієнта і членів його сім'ї.

2.3.3.Навчання навикам самообслуговування.

2.3.4.Навчання пересуванню.

2.3.5.Навчання організації життя пацієнта-інваліда в побуті.

2.3.6.Забезпечення технічними засобами реабілітації.

2.4. Адаптивна фізична культура і спорт.

3. Реабілітаційно-освітні послуги:

3.1.Соціально-педагогічна реабілітація.

3.2.Психолого-педагогічна корекція.

4. Реабілітаційно-психологічні послуги :

4.1.Психодіагностика.

4.2.Психологічна корекція.

4.3.Психологічні тренінги.

4.4.Психологічне консультавання.

4.5.Психопрофілактичні і психогігієнічні послуги.

5. Реабілітаційно-технічні послуги:

- 6.1. Інформування і консультування з питань забезпечення технічними засобами реабілітації.
- 6.2. Підбір технічних засобів реабілітації.
- 6.3. Забезпечення інвалідів технічними засобами реабілітації.
- 6.4. Сприяння ремонту технічних засобів реабілітації .
- 6.5. Сприяння заміні технічних засобів реабілітації.
- 6.6. Навчання навикам використання і експлуатації технічних засобів реабілітації.

Висновки

Розроблена концептуальна модель забезпечення відновного лікування на первинному рівні медичної допомоги яка є основою для запровадження відновного лікування пацієнтів на первинному рівні надання медичної допомоги. Вона має п'ять складових, які вирішують наступні задачі: готовність ПМСД до проведення відновного лікування пацієнтам з різною патологією та різними станами здоров'я; готовність пацієнта та його сім'ї до проведення комплексного відновного лікування на первинному рівні надання медичної допомоги; міжсекторальний підхід до забезпечення відновного лікування на рівні ПМСД; технології та процес відновного лікування на рівні ПМСД; забезпечення безперервного підвищення якості та контроль за відновним лікуванням на рівні ПМСД.

Рекомендована література

1. Голяченко А.О. Реабілітація в діяльності сімейного лікаря/А.О. Голяченко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – № 3. – С. 108-109.
2. Голяченко А.О. Організація медичної реабілітації на рівні первинної медико-санітарної допомоги /А.О. Голяченко , Г.О.Слабкий// Охорона здоров'я. – 2007. – № 1. – С. 114-115.
3. Гребова Л.П. Лечебная физкультура при нарушениях опорно - двигательного аппарата у детей и подростков. Учебное пособие. ИС «Академия», 2006 г. - 176 с.
4. Дедов Н.П., Базоев В.З. Комплексная реабилитация инвалидов / М.: Издательский центр «Академия», 2005.
5. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
6. Лысенко А.Е., Барсукова И.М., Денискина В.З., , Малофеев Н.Н., Старобина Е.М., Таварткиладзе Г.А. Модель комплексной реабилитации инвалидов в Российской Федерации: научно-практическое руководство/Под ред. Лысенко А.Е. / Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации». М.: 2009. 370 с.
7. Науково обґрунтовані підходи до кваліфікаційної характеристики лікаря загальної практики – сімейного лікаря з позиції компетентнісного підходу : метод. рекомендації / НМАПО ім. П. Л. Шупика, ДУ «Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України»; уклад.: Л. Ф. Матюха, Н. Г. Гойда, В. Г. Слабкий, М. В. Олійник. – К., 2010. – 27 с.
8. Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина : [монографія] / З. М. Митник, Г. О. Слабкий, Н. П. Кризина; за ред. В. М. Князевича; МОЗ України. – К., 2010. – 404 с.
9. Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення

реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві (Порядок планування та прогнозування розвитку мережі комунальних закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах; Порядок медичного обслуговування громадян центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги; Порядок організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу; Порядок розміщення та розрахунків кількості бригад швидкої медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 05.10.2011 № 646

10. Реабилитация инвалидов с нарушениями функции опоры и движения. /Под ред. Л. В. Сытина, Г. К. Золоева, Е. М. Васильченко/ Новосибирск, 2003. -384 с.

11. Реабилитация инвалидов. Словарь основных терминов и понятий /Сост. Е. М. Старобина, Е. О. Гордиевская, К. А. Каменков, К. К. Щербина [и др.]; Под ред. Е. М. Старобиной/ СПб.: изд-во «Эксперт», 2005. - 94 с.

12. Сметанкин, А. А. Принципы использования метода биологической обратной связи в системе медицинской реабилитации: учебно-методическое пособие /Ю. В. Ивановский, А. А. Сметанкин/ НОУ «Институт БОС». - СПб., 2003. - 22 с.

13. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации/ Под ред. М.В. Коробава и В.Г.Помникова. СПб.: Гиппокарт, 2003. 800 с.

14. Социальная реабилитация инвалидов в регионе, пути ее реализации. Системно-методическое обеспечение процесса социальной реабилитации инвалидов: Практическое пособие. Часть 1. Областной центр социальной реабилитации инвалидов. - Новосибирск, 1998.

15. Социальная реабилитация инвалидов в регионе, пути ее реализации. Системно-методическое обеспечение процесса социальной реабилитации инвалидов: Практическое пособие. Часть 2. Областной центр социальной реабилитации инвалидов. - Новосибирск, 1998.

**Організація
відновного лікування на рівні
первинної медико-санітарної допомоги**

Методичні рекомендації

Автори:

Лобас В.М. – доктор наук з державного управління, професор

Слабкий Г.О. – доктор медичних наук, професор

Кравець О.А. – асистент

Відповідальний редактор: Северин Г.К.

Технічний редактор: Науменко О. С.

Коректор: Беленська Л.М.

Здано до набору 29 жовтня 2013 року. Підписано до друку 5 листопада 2013 року.

Формат 60x84 1/16. Папір офсетний. Гарнітура Times.

Друк лазерний. Умовних друк.арк. 1,61. Облік. вид.арк.1,82.

Наклад 50 прим.

Видавництво «НОУЛІДЖ»

Свідоство про реєстрацію серія ДК №2884 від 26.06.2007

91051, м. Луганськ, кв. Якіра, 3/316

Надруковано в ТОВ «Цифрова типографія»

Адреса: м. Донецьк-15, вул. Челюскінців, 291а,

Тел.: (062) 338-07-31, 338-07-30