



РЕАБІЛІТАЦІЙНА МЕДИЦИНА В УКРАЇНІ: АКТУАЛЬНИЙ СТАН, ПРОБЛЕМИ ТА ПОТРЕБИ

Організація-замовник: ГО «Медичні лідери», info.med.lead@gmail.com

Проект: «Підтримка розвитку реабілітації в громада України»

Дослідник-експерт проекту: Євгеній Ляшенко, patekl555@gmail.com

Донор проекту: United Development Population Fund (UNDP)

ЗМІСТ

1. Актуальний стан та зміни у фізичній та реабілітаційній медицині України
2. Особливості надання реабілітаційних послуг
3. Ключові проблеми та перепони надання реабілітаційних послуг
4. Шляхи оптимізації, покращення доступності та результативності медичних послуг з амбулаторної та стаціонарної реабілітації
5. Інформаційне забезпечення та інформаційні потреби професійної спільноти у галузі реабілітаційної медицини

МЕТОДОЛОГІЯ ТА ДИЗАЙН

- **Мета** – отримання детальної інформації щодо актуальних змін у галузі реабілітаційної медицини; перепон, що ускладнюють процес надання реабілітаційних послуг; потенційних шляхів оптимізації, підвищення результативності та доступності реабілітаційної медицини в Україні
- **Цільова аудиторія** - у фокусі дослідження 2 цільові аудиторії
 - Фахівці реабілітаційної медицини (лікарі ФРМ, фізичні терапевти, ерготерапевти та їх асистенти)
 - Фахівці, що безпосередньо не задіяні у наданні реабілітаційних послуг (сімейні лікарі та лікарі профільних спеціальностей)
- **Методи.** Дослідження реалізовано якісними методами:
 - Фокус-групові дискусії (онлайн). Всього проведено 2 фокус-групові дискусії: по 1 дискусії з кожною з ЦА
 - Глибинні інтерв'ю (онлайн). Всього проведено 6 інтерв'ю: по 3 інтерв'ю в кожній ЦА
- **Географія:** Україна

РЕЗЮМЕ

Останні роки реабілітаційна медицина в Україні зазнає суттєвих змін, що пов'язані з розбудовою галузі як такої (у відповідності до світових практик); переосмисленням самої реабілітаційної допомоги та її методів; процесами регламентації цієї діяльності; впровадженням нових спеціальностей фахівців, що залучені до надання реабілітаційної допомоги. Проявами розвитку є також зростання кількості центрів, відділень реабілітаційної допомоги та їх фінансова підтримка з боку держави та грантових програм.

Розвиток галузі, очікувано, супроводжує спектр перепонів, найбільш гострим серед яких є обмежена обізнаність та специфіка сприйняття реабілітації в цілому на рівні суспільства та в частині професійної спільноти, що сприяє викривленому баченню реабілітаційної допомоги, певному опору для її розвитку. Решта проблем реабілітаційної медицини в країні відображає загальні проблеми галузі, що проходить стан формування (обмежена доступність, брак персоналу, недостатня кількість реабілітаційних закладів, недостатня регламентація процесів та питання сервісу надання послуг).

Шляхи покращення якості послуг, ефективності реабілітаційної допомоги формуються у межах ключових проблем, що наразі характерні для реабілітаційної медицини країни. Вони включають *інформаційну роботу* (з представниками професійної спільноти, незалежно від профілю; пацієнтами, їх родичами); *підвищення доступності послуг* (через збільшення кількості центрів, фахівців, формування реєстрів реабілітаційних закладів); *організаційні зміни* (розумне, «м'яке» регулювання галузі НСЗУ, МОЗ та більш про-активна позиція самих медичних закладів); *налагодження спадкоємності процесу* (завдяки розробці маршруту пацієнта та більш ефективному контролю процесів, більш активному залученню у процес пацієнтів та їх родичів, дійсному запровадженню ідеї інклюзивності у суспільному просторі), та *підвищення якості сервісу* (як на рівні більшої комфортності перебування в медичних закладах, так й на рівні індивідуального підходу до пацієнта та його стану).

Незалежно від профілю (залучені та не залучені до надання реабілітаційних послуг) лікарі стверджують потребу в навчанні та отриманні інформації щодо реабілітаційної допомоги. Ключовими потребами є доступність теоретичного матеріалу для сімейних лікарів та лікарів профільних спеціальностей (в формі вебінарів, міні-лекцій, наприклад, на YouTube), практичні тренінги, навчання на базі центрів реабілітації (для фахівців реабілітаційної медицини

пріоритет – офлайн, для інших – як онлайн так й офлайн формат); переважно для фахівців реабілітаційної медицини - переклад українською світової літератури, протоколів реабілітаційної медицини; функціонування спеціальних тренінгових/навчальних центрів реабілітаційної медицини.

1. Актуальний стан та зміни у фізичній та реабілітаційній медицині України

Переважна більшість лікарів – учасників дослідження (як тих, хто безпосередньо залучений у реабілітаційну практику, так й лікарів інших спеціальностей) зазначає суттєві зміни, що відбуваються у галузі протягом останніх кількох років.

Певним стартом змін став візит оціночної місії ВОЗ в Україну 2015 року, який визнав відсутність реабілітаційної практики у країні як такої, нерелевантність методів, що використовувалися, доказовій медицині та актуальним світовим практикам. Це запустило процес розбудови галузі «зверху» - на рівні законодавства, регламентації діяльності, забезпечення відповідними фахівцями, тощо. З лютого 2022 року додатковим стимулом розвитку є повномасштабна війна.

Загалом, протягом останніх 3-5 років, реабілітаційна медицина зазнала наступних змін:

- **Законодавчі/регламентаційні.** В рамках приведення реабілітаційної галузі у відповідність до кращих світових практик прийнято Закон України про реабілітацію у сфері охорони здоров'я (2021 р.), що базується на рекомендаціях ВОЗ, світовому досвіді країн з найкращими зразками розвитку реабілітаційної медицини, та визначає основні засади та принципи побудови галузі.

НСЗУ робить перші кроки щодо регламентації діяльності в галузі через низьку наказів, наприклад, про перелік діагнозів, що передбачають проведення реабілітаційних заходів; стан пацієнта, в якому можливо розпочинати реабілітацію, реабілітаційне навантаження на пацієнта та лікаря; показники реабілітації

Паліативних пацієнтів, наприклад, не можна відразу брати на реабілітацію. Ерготерапевти, логопеди з ними займаються, але треба ще компенсувати супутні хвороби, якщо вони є: цукровий діабет, серцево-судинні захворювання, тощо, тоді їх реабілітація буде ефективніше (лікар-невролог)

- **Переосмислення реабілітації** як такої, її значущості, методів, що використовуються, професійною спільнотою

Учасники дослідження зазначають наявність різних підходів до інтерпретації реабілітації. Наразі, найбільш поширеними є розуміння реабілітації як відновлення функцій, оптимізації функціонування (у протигагу лікуванню), які передбачають принципову необхідність реабілітаційних заходів після будь-якого захворювання. Проте, в реальній практиці спектр захворювань, після яких проводяться реабілітаційні заходи, залишається доволі обмеженим.

Окремі лікарі (як сімейні, так й лікарі реабілітаційної медицини) стверджують доцільність більш широкого розуміння реабілітації як невід'ємної частини процесу профілактики. Згідно цієї парадигми, реабілітація (як відновлення певних функцій) має починатися при перших ознаках їх порушень, ще до того, як вони переходять у захворювання. Останнє передбачає певні зміни у розумінні ролі сімейних лікарів та їх більшу залученість у процеси профілактики/реабілітації та, очікувано, ще більш активну роль самих пацієнтів

Суттєвих змін зазнає й визначення реабілітаційних методів. Ключовим напрямком є активне залучення самого пацієнта до дій по відновленню функцій власного організму – пацієнт стає не просто «реципієнтом процедур» (певний, доволі поширений стереотип), а їх активним учасником.

Наразі реабілітація це справді реабілітація, а не крапельниці... Є реабілітаційна команда, фізіотерапевти, ерготерапевти, а не капають чудодійну крапельниці, яка має відновити все. Я теж пояснюю пацієнтам, що ті, хто наразі має проблеми з мовою, мають заново цьому навчатися, створювати у мозку нові зав'язки, тому що зони, що відповідали за це раніше, вже не діють (Лікар-невролог)

- **Запровадження практики надання реабілітаційних послуг взагалі.**

Деякі лікарі зазначають, що якщо раніше рекомендації реабілітації скоріше базувалися на бажанні пацієнта, то зараз вони стають обов'язковими

Реабілітація взагалі з'явилась. В нас в лікарні проводиться реабілітація важких інсультників навіть на ранніх стадіях. Лікар, приходить й проводиться необхідну реабілітацію. Тобто коли вони переводяться до неврологічного відділення, вони вже є хоч якось активні (Лікар-анестезіолог)

- **Впровадження нових спеціальностей**, що залучені до послуг реабілітації (наприклад, лікар ФРМ, ерготерапевт, тощо) та **організація професійної підготовка відповідних фахівців**.

Окремі лікарі зазначають актуальне підвищення кваліфікаційного рівня фахівців напрямку, у тому числі, через тренд отримання реабілітаційних спеціальностей лікарями неврологами, хірургами, тощо (як додаткових). Останнє сприяє розширенню можливостей по реабілітації, підвищенню ефективності роботи з пацієнтами особливо тяжкого стану.

- **Запровадження міждисциплінарного підходу** до надання реабілітаційних послуг, формування міждисциплінарних команд. Це має позитивний вплив як на ефективність, якість реабілітації, так й на сприйняття процесу пацієнтом – він отримує увагу, допомогу відразу від кількох фахівців, їм «займаються».

Окремою позитивною тенденцією у зміні підходів до реабілітації та її міждисциплінарному розумінні лікарі вважають залучення психологічної та психіатричної допомоги, яка є необхідною для широкого кола пацієнтів (наприклад, військових, пацієнтів, які пережили важкий життєвий досвід, у тому числі, через хворобу) та сприяє фізичному відновленню у переважній кількості випадків.

..загоювати фізичні рани – одне, але коли є психологічні прив'язки – то інше. Важче все переноситься. Це дуже важливо, що це зараз з'явилося, це дуже класно. Це дуже позитивна річ (Сімейний лікар)

- **Організація реабілітаційних відділень, хабів та постійне зростання їх кількості**. Основними центрами з найбільш розвиненою реабілітаційною практикою лікарі визнають Київ, Львів та Вінницю
- **Фінансова підтримка розвитку галузі** (через державне фінансування - контрахтування пакетів НСЗУ та розвинуту грантову підтримку), що сприяє підвищенню доступності реабілітаційних послуг. Першими провайдерами реабілітаційних послуг у країні були приватні заклади, що суттєво обмежувало їх доступність. Можливість безкоштовного отримання відповідних послуг стає певним стимулом для їх використання.
- *Для частини населення, переважно, молодого та середнього віку. Зміна сприйняття реабілітації через загальні ціннісні зміни* (підвищення цінності здоров'я), «офісний» спосіб життя, що потребує додаткових

зусиль для підтримання фізичної форми та доброго психологічного стану, тощо. Тенденція має позитивний характер (навіть за її доволі обмежені масштаби) та має сприяти формуванню попиту на послуги реабілітаційної медицини.

Люди починають більше переживати за своє фізичне здоров'я через сидячий спосіб життя, цілий день в офісі за комп'ютером.. Більше розуміють, що лікування медикаментозне не є панацеєю, не допомагає повністю (Лікар ФРМ)

2. Особливості надання реабілітаційних послуг

Практика надання реабілітаційних послуг, очікувано, варіює в залежності від захворювання, формату реабілітаційної допомоги (стаціонарна/амбулаторна), типу стаціонарного закладу (наприклад, багатoproфільна лікарня з власним реабілітаційним відділенням/невелика спеціалізована лікарня) та ще в більшій мірі від обізнаності, сприйняття реабілітації керівництвом, персоналом медичних закладів та самим пацієнтом.

На фоні актуальної відсутності маршрутів пацієнтів, надання реабілітаційних послуг має наступну логіку.

Стаціонарна реабілітація

При наявності власного реабілітаційного відділення. Реабілітація розпочинається після більш-меншої стабілізації стану пацієнта. Найбільш рання реабілітація характерна для пацієнтів з інсультом – може розпочинатися ще в реанімації, у вигляді пасивних вправ. Після стабілізації стану з таким пацієнтом працюють 3 фахівця: лікар фізично-реабілітаційної терапії, логопед та психолог. Пост-інсультна реабілітація у стаціонарі може тривати до 21 дня (залежно від стану пацієнта).

Як правило, таким пацієнтам рекомендують повторну реабілітацію, бажано у стаціонарі.

Пацієнти з інсультом, що стався більше 1 року тому, в залежності від реабілітаційних результатів які вдалося досягти за цей період, як правило, поділяються на 2 категорії: ті, хто потребує стаціонарної реабілітації для подальшого відновлення, й ті, хто може отримувати реабілітаційні послуги в амбулаторних умовах (при наявності бажання, можливостей самостійно добиратися до амбулаторії).

В цілому, після завершення лікування в стаціонарі пацієнтів з іншими захворюваннями (гострих станів), передбачається направлення пацієнта на

консультацію лікаря ФРМ, який визначає наступну потребу в реабілітації (стаціонарна, амбулаторна, в домашніх умовах). При відсутності реабілітаційного відділення у медичному закладі подальше проходження реабілітації пацієнтом та її результативність, часто-густо залишаються невідомими.

Амбулаторна реабілітація

Проходження амбулаторної реабілітації часто залежить від мотивації пацієнта та його можливості діставатися медичного закладу на регулярній основі (протягом періоду надання реабілітаційної допомоги) через фізичний стан, віддаленість медичного закладу, наявність транспорту, тощо.

Реабілітація в домашніх умовах

Лікарі зазначають, що, як правило, такої реабілітації не існує (або існує в дуже обмежених масштабах). Вона цілком залежить від обізнаності та мотивації пацієнта та його родичів.

Реабілітація пацієнтів з хронічними захворюваннями наразі також суттєво залежить від обізнаності та мотивації самого пацієнта, його родичів та сімейного лікаря. В ідеальному випадку - або пацієнт сам звертається за направленням на реабілітацію, або сімейний лікар спрямовує пацієнта на консультацію лікаря ФРМ.

3. Ключові проблеми та перепони надання реабілітаційних послуг

Учасники дослідження наголошують на спектрі проблем та перепон, що є загальними, характерними для процесу надання реабілітаційних послуг в цілому. Серед найбільш гострих - обмежена обізнаність та специфіка сприйняття реабілітації в цілому на рівні суспільства (де лікарі є відображенням загальної тенденції). Проявами проблеми є несформована культура реабілітації, викривлене сприйняття реабілітації та її методів як частиною професійної спільноти, так й пацієнтами. Решта проблем характерна для галузі, що проходить стан формування (обмежена доступність, брак персоналу, недостатня кількість реабілітаційних закладів, недостатня регламентація процесів, сервісні питання).

- **Відсутність сформованої культури реабілітації як такої**, ментальна неготовність на рівні суспільства в цілому, пацієнтів, професійної спільноти.

Наша ментальність не готова, ні пацієнтів, ні лікарів. Всі ми хочемо поїхати в санаторії, 7 днів попити там воду, поробити зарядку, а потім приїхати додому й не робити нічого. Немає популяризації спорту, а реабілітація десь там (Сімейний лікар)

Проблема має доволі широкі масштаби. Її невід'ємною частиною є фактично відсутня інклюзивність, непристосованість міського простору до життя людей з особливими потребами, що унеможлиблює та позбавляє мотивації певне коло пацієнтів як до повернення до «нормального життя», так й до реабілітації взагалі.

- **Обмежена інформованість** про реабілітацію, її роль, методи, тощо як серед лікарів (перш за все, сімейних, профільних фахівців), так й пацієнтів сприяє викривленому/скептичному сприйняттю реабілітації як такої, формує перепони щодо надання та отримання реабілітаційних послуг. Серед основних особливостей та наслідків обмеженої інформованості наступні.

Лікарі

- Опір з боку представників «радянської школи», загальна пасивність частини професійної спільноти.

Часто досвідчені лікарі, з тривалим стажем не тільки не розуміють значення реабілітаційних заходів, функцій лікарів реабілітаційної медицини, а й відмовляють пацієнтів від отримання реабілітаційних послуг, або підміняють реабілітаційні заходи лікувальними. Проблема поглиблюється через те, що саме лікарі з тривалим стажем, в певному віці сприймаються як найбільш досвідчені, що заслуговують на довіру.

Є недопрацювання у первинній ланці – пацієнти, які б мали попадати до реабілітації, попадають до відділень, в яких їх немає бути... пацієнтів можуть налаштовувати, що їх прокапають й їм стане легше (Лікар ФРМ)

Деякі лікарі наголошують на відсутності зацікавленості з боку колег (зокрема, лікарів вторинної ланки) - вони надали свою послуг та не розуміють/не бачать перспективи у подальшій реабілітації та власного фінансового інтересу в цьому.

Первинка «ображається», що в них мало пакетів від НСЗУ, хотіла б ще. Але багато хто не хоче щось робити, коли за це не платять. Тут тільки на ентузіазмі, якого в колег за 60 років немає. Але якщо лікар направить

пацієнта, який до нього часто ходить з однією й тією ж проблемою, вона може бути вирішена краще... Лікарі вторинки теж не зацікавлені. Якщо травматолог поставив суглоб, він свої гроші вже заробив (Сімейний лікар)

- Обмежене інформування медичного персоналу щодо змін, процесів у галузі (окрім керуючої ланки) навіть у великих містах та столиці, що зводить до розуміння того, що дійсно відбувається у реабілітаційній медицині країни та певним чином потенційно знижує мотивацію до перетворень у власних медичних закладах

Нажаль, про відкриття відділень ми дізнаємось тільки з селективних нарад Департаменту охорони здоров'я, або з ТБ. Але там вже мова про великі реабілітаційні хаби, такі як у Львові чи Пущі Водиці (Лікар-хірург)

- Відсутність достатньої інформації про центри, відділення, що надають реабілітаційні послуги через відсутність відповідних реєстрів

Пацієнти

- Обмежене розуміння реабілітації як такої, її методів; розповсюджений стереотип про більшу/переважну ефективність саме лікувальних методів (уколи, крапельниці, тощо) та відсутність віри у здатність організму до самовідновлення. Обмежена обізнаність часто-густо характерна й для родичів пацієнта, що можуть як відмовляти пацієнта від реабілітації, так і мати завищені очікування щодо неї

Перепонов практично немає. Є тільки важкість пацієнта й нерозуміння родичів, що з ним робити. Якщо важкий, його треба скеровувати у паліативне відділення, а родичі наполягають, щоб він проходив реабілітацію – очікують, що якщо попаде до реабілітації, через 20 днів піде та буде самостійним (Лікар ФРМ)

Є таке сприйняття, що якщо немає крапельниць, то це не лікування, «що я тут роблю?» (Лікар ФРМ)

- Неможливість/небажання усвідомлення власної потреби в реабілітації; обмежена мотивація, яка, перш за все, потребує роботи психолога. Частина пацієнтів відмовляється від реабілітації через втому знаходження у медичному закладі, страх лікарів та відсутність належного догляду

20% пацієнтів не хочуть реабілітації, особливо спинальники – для них життя пропало. З ними повинен працювати психолог, це не просто, щоб їх заставити щось робити. Важко й з інсультними, якщо є когнітивні порушення – вони теж не налаштовані, хочуть додому й все (Лікар ФРМ)

Небажання пацієнта – він просто хоче додому, втомився. В більшій кількості випадків це саме воно. Реабілітаційна команда усіма руками «за», а пацієнт: «Просто відпустіть». Це інсультні пацієнти. В них важкий психологічний стан, розуміють, що випадають з життя, не бажать ні з ким спілкуватися, в депресії (Лікар ФРМ)

- Відсутність бажання самостійного активного залучення до процесу реабілітації; очікування/надання переваги власній пасивній позиції («прийняття процедур») замість участі у процесі

Є пацієнти, які не хочуть усвідомлювати, що їм потрібна реабілітація – або фізична, або психологічна. Коли їм кажуть, що треба робити вправи, кажуть, що нема коли. Вони не вірять, що організм може відновлюватися. Краще прийняти пігулку, укол, крапельницю... це найбільш часта проблема (Лікар-невролог)

...пацієнти хочуть пасивної реабілітації - щоб вони лежали, а апарат щось робив, а віджиматися, активно щось робити – ні (Сімейний лікар)

- Відсутність чіткого розуміння про державні центри/відділення надання реабілітаційних послуг через брак відповідних інформаційних матеріалів для пацієнтів (у т.ч. роздаткових матеріалів, пам'яток, плакатів, тощо). Наразі вирішення питання частково перекладається на самих пацієнтів/їх родичів, які самі шукають відповідну інформацію (в Інтернет, через пошукові запити або через рекомендації знайомих, друзів, тощо). Окремі лікарні намагаються розповсюджувати таку інформацію серед своїх пацієнтів (у т.ч. замовляючи роздаткові матеріали, рекламні плакати окремих центрів)

Ще з 2014 року, ті хто прийшов з АТО не знають, де отримати допомогу – їм потрібна не тільки психологічна, а й психіатрична... Пацієнти й не знають, де отримати цю допомогу. Немає й проміжних служб, які б могли забезпечити надання інформації (Сімейний лікар)

- Відсутність розуміння диференціації між психологами, психотерапевтами, психіатрами; стигматизація психіатрії та її розповсюдження на психологію та психотерапію. Таке ставлення особливо характерно для пацієнтів старшого віку та призводить до небажання звернення до відповідних спеціалістів, побоювання щодо

розповсюдження інформації про звернення (у т.ч. потенційні проблеми на робочому місці)

- **Обмежена доступність, через**

- Регламентацію наказами НСЗУ. НСЗУ визначає перелік діагнозів/захворювань, стаціонарна реабілітація після яких фінансується певними пакетами послуг, що контракуються лікарнями. Проте, часто-густо порушення функцій, що потребують реабілітації, пов'язані з іншими патологіями. Це змушує лікарів шукати рішення на рівні постановки (прописування) діагнозу.

Окремі лікарі зазначають встановлені обмеження не тільки щодо кола пацієнтів, для яких доступна стаціонарна реабілітація, але й щодо кількості послуг. Так, наприклад, менший обсяг реабілітаційних заходів наразі доступний для людей похилого віку, пацієнтів з захворюваннями хребта, остеохондрозами, тощо.

- Наразі неефективне вирішення питання щодо термінів доступності реабілітаційних послуг. Вони встановлені для частини захворювань/станів (наприклад, для інсульту) й не встановлені для інших (наприклад, при ампутації). І в першому, і другому випадку це є проблемою.

Наприклад, після інсульту пацієнт має пройти реабілітацію протягом 1 року, проте часто-густо після цього періоду залишаються парези кінцівок, інші стани, що потребують допомоги. Проте, надання реабілітаційних послуг пацієнтам, що звертаються на 2-3 рік після випадку захворювання, вже не відповідає стандартам, що розроблені НЗСУ. Як й у випадку з відповідністю діагнозів регламенту НСЗУ, лікарі шукають рішення на рівні постановки (прописування) діагнозу.

Людина має потребу та бажання, але не проходить по стандартах...Як ми це вирішуємо? Ставимо коди, що проходять по НСЗУ, щоб взяти людину на лікування. Там можуть бути всі діагнози, але основний, наприклад, з яким ми працюємо, він не проходить по НСЗУ, тому додаємо кодів (Лікар ФРМ)

Відсутність чітко зазначених термінів доступності реабілітаційної допомоги, в свою чергу, ще більш уповільнює потрапляння пацієнта до реабілітаційних відділень/центрів та потенційно може знижувати ефективність подальшої реабілітації.

- Затверджену логіку отримання стаціонарної реабілітаційної допомоги. Наприклад, отримання реабілітаційних послуг у стаціонарі хронічними хворими після остеохондрозу, артрозів передбачає попереднє направлення на стаціонарне лікування. Це сприяє зменшенню кількості бажаючих пацієнтів - через тривалий час, що має бути проведений у лікарні, витрати, що пов'язані з цим.
- Війну (ситуаційні обмеження). Лікарі зазначають більшу доступність послуг для військових у порівнянні з цивільним населенням (так, лікарі зазначають дещо обмежений доступ до послуг для пост-інсультних хворих, пацієнтів з остеохондрозами, тощо). Особливо проблематичним перепрофілювання реабілітаційних послуг на військових є для мешканців віддалених районів.
- Бюрократичну позицію МСЕК, що суттєво ускладнює та відтерміновує доступність реабілітаційних послуг як для військових, так й цивільних пацієнтів.

МСЕК вставляє палки в колеса...Це бюрократія – якщо немає якихось печаток, щось не сподобалося у діагнозі, розвертають на повторне проходження...Наразі по Києву пацієнт не може потрапити на протезування раніше, чим через 6 місяців. Якщо у пацієнта є контакти свого лікаря – це можна вирішити швидше. А якщо немає? Це все знову – через сімейного лікаря отримувати направлення до хірурга ... (Лікар-хірург)

- Специфіку маршрутів пацієнтів, які наразі формує МОЗ та Міністерство оборони – вони є неузгодженими, сприяють, у тому числі, концентрації пацієнтів з ампутаціями у санаторіях та окремих лікувальних закладах, де їм не надається адекватна реабілітаційна допомога, у т.ч., через брак штату.
- Недостатня/обмежена кількість реабілітаційних центрів, відділень, ліжок в них.

...сьогодні в нас черга, щоб потрапити у реабілітаційне відділення. Там тільки 30 ліжок, цього не вистачає, треба його поширювати...Пацієнти приходять до нас самі і нас вважають найкращими. Їм вже є з чим порівнювати, вони вже походили по інших лікарнях області (Лікар ФРМ)

Окремі лікарі зазначають, що створення нових реабілітаційних центрів відбувається достатньо повільно (як через внутрішній опір/пасивність

частини фахівців та керівництва, так й через запропоновані стандарти НСЗУ), а обрання закладів, що визначаються як придатні для відкриття реабілітаційних центрів, часто-густо пов'язано з корупційними моментами та «кумівством».

Навіть за умов, що НСЗУ оголосила про можливість контракуватися для надання реабілітаційних послуг, платити добре, не дуже багато закладів започаткували цю практику. Можливо через високу планку з боку НЗСУ... Апаратура в лікарнях є, не нова, але працююча, проте гніє у підвалах, бо ніхто не займається (Сімейний лікар)

- **Обмежена/недостатня регламентація надання реабілітаційних послуг.**

Наразі суттєва частина процесів залишається поза централізованим регулюванням. Як правило, медичні заклади змушені напрацьовувати, регламентувати ці кроки, дії внутрішньому рівні закладу. Цей процес є доволі складним та тривалим. Найбільшу проблему складає відсутність:

- Протоколів реабілітації. На рівні закладів керівництво пропонує створення внутрішніх протоколів, проте незрозумілим є питання, для яких саме захворювань
- Нормативних документів для ведення медичної документації реабілітаційного хворого
- Розроблених механізмів співпраці міждисциплінарних команд

- **Реабілітаційна спадкоємність.** Основною проблемою є те, що реабілітація, яка має бути безперервним процесом виглядає як імпульсні дії: з більшою вірогідністю у стаціонарі (за умов потрапляння), з меншою – в амбулаторії, з мінімальною - в домашніх умовах. Часто взаємозв'язок між цими етапами/ланками не відслідковується, а в частині випадків його просто не існує. Причинами відсутності спадкоємності є:

Для лікарень з відсутністю власних реабілітаційних відділень

- Відсутність регламентації маршруту пацієнта – куди саме спрямовувати, де пацієнт зможе отримати послуги, яких потребує саме він. Проблема має як інформаційне підґрунтя (брак відповідної інформації), так й організаційне – відсутність налагоджених зв'язків між лікувальними та реабілітаційними ланками. Наразі спрямовування пацієнтів часто-густо базується на особистих зв'язках, досвіду колег, які мали досвід реабілітації власних пацієнтів у тих чи інших закладах.

Це все базується більше на особистих зв'язках. Я та мої колеги можемо спитати, хто куди направляв та направляти туди ж... Насправді, МОЗ має прописувати ці шляхи (Лікар-хірург)

- Відсутність розуміння подальшого шляху пацієнта. Частина лікарень немає інформації про те, чи доходять їх пацієнти до реабілітації взагалі, куди саме потрапляють на реабілітацію, яким є результат, тощо.

Для амбулаторних закладів

- Обмежене коло пацієнтів, що мають сили, можливості діставатися медичного закладу на регулярній основі. Особливо гострою проблема виявляється для мешканців віддалених районів.

Для всіх

- Потенційне обмеження реабілітаційних заходів терміном їх проходження у стаціонарі/амбулаторії. Самостійне продовження реабілітації вдома визначається рівнем обізнаності пацієнта та його близьких про реабілітацію, мотивацією; здатністю фахівців проконсультувати, скорегувати та контролювати дії по подальшій роботі пацієнта над відновленням.

● **«Кадрове питання»: кількість та якість фахівців реабілітаційної медицини**

- Недостатня кількість фахівців (як в стаціонарній, так і в амбулаторній практиці). Наприклад, часто-густо, в невеликих лікарнях, що мають інсультні пакети, кількість фізичних терапевтів не відповідає необхідній по штату. Проблема обмеженої кількості актуальна й для психологів, враховуючи той факт, що підбір психолога пацієнту задля ефективної роботи відбувається індивідуально.

Проблема дефіциту кадрів посилюється через війну – деякі лікарі зазначають суттєвий відтік жінок-лікарів, у тому числі за кордон.

Недостатньо персоналу...наразі в нас 3 лікарів, є асистенти, але для кількості стаціонарних хворих цього недостатньо. Так само й амбулаторно – просто не встигаєш. По регламенту на одного пацієнта - 20 хв, але відчуваєш, що з цим пацієнтом треба більше попрацювати, але чекає ще велика черга (Ліка ФРМ)

Окремі міждисциплінарні команди вирішують проблему самостійно навчаючи власних асистентів.

- Різномірна якість підготовки фахівців. Окремі лікарі реабілітаційної медицини наголошують підвищену складність реабілітаційних практик, яка й досі не цілком визнається (через сталі асоціації лікарів реабілітаційної медицини з лікарями ЛФК). Така складність передбачає особливу увагу до підготовки фахівців. Проте, на етапі введення нових спеціальностей, процес відбувався дуже швидко, не всі навчальні

програми були повністю готові, що спричинило розбіжності у якості підготовки та кваліфікації фахівців.

Проблему якості поглиблює певний «перекос» теоретичної підготовки, тоді як реабілітаційні послуги є, перш за все, практичними. Ситуація є, скоріше, загальною для університетської освіти й потребує вирішення на рівні постійного підвищення кваліфікації та набуття практичних навичок.

Хоча кількість лікарів достатня, по якості – це дуже невеликий відсоток адекватних лікарів, як серед лікарів ФРМ, так й інших фахівців з реабілітації. Це проблема освіти загалом. В університетах викладають теоретики, які не мали відношення до практики, ніколи не працювали в реабілітаційних центрах (Лікар ФРМ)

Деякі фахівці зазначають не цілком відповідну кваліфікацію логопедів та психологів як частину проблем актуальної підготовки фахівців реабілітаційної медицини. Значній частині характерна відсутність саме медичного напрямку підготовки, фахівці звикли до більш-менш «здорових» клієнтів на відміну від пацієнтів, з якими стикаються у реабілітаційній практиці.

- **Обмежена якість/специфіка сервісу.** Сервісні питання, переважно, є загальними для стану надання медичних послуг у стаціонарах й лише частково стосуються особливостей надання реабілітаційних послуг.
 - Відсутність/брак доглядового персоналу
 - Некоректна поведінка/відношення частини доглядового персоналу до пацієнтів та відсутність кваліфікаційних вимог для них
 - Стан значної частини стаціонарних відділень (наявність ремонту, чистота, пристосувань для пацієнтів з особливими потребами, тощо)
 - Особливості організації реабілітаційних процедур. Стаціонарна реабілітація передбачає надання послуг протягом 3 годин на день, решта часу пацієнт сам по собі, що сприймається як втрата часу

В день ми маємо надавати 3 години реабілітаційних послуг. Якщо людина в стаціонарі, що їй робити інший час? Вона нудиться, їй це стає недоцільним. Ми намагаємось якось розбивати ці години протягом дня, щоб відчували процес (Лікар ФРМ)

4. Шляхи оптимізації, покращення доступності та результативності надання медичних послуг з амбулаторної та стаціонарної реабілітації

Шляхи покращення доступності, результативності, якості послуг у галузі, очікувано, формуються у межах ключових проблем та перепонів, що наразі характерні для реабілітаційної медицини у країні. Ключовими напрямками є:

інформаційна робота, підвищення доступності послуг, організаційні зміни, налагодження спадкоємності процесу та підвищення якості сервісу.

ІНФОРМАЦІЙНА РОБОТА

Напрямок передбачає активну комунікацію з пацієнтами, їх родичами; в ідеалі – з широкими верствами населення для підвищення загальної обізнаності про реабілітаційну медицину. Обов’язковою цільовою аудиторією інформаційної роботи мають бути й представники професійної спільноти (як фахівці реабілітаційної медицини, так й представники інших спеціальностей)¹

- **Розповсюдження інформації про реабілітацію** (її сенс, важливість, сучасні методи та кращі світові практики) серед всіх верств населення. Формування сприйняття реабілітації як оптимізації функціонування, а не лікування; в ідеалі – як частини профілактики, що має починатися ще до розвинення хвороби, втрати/обмеження функціонування.

Варіантами масованої інформаційної роботи можуть бути:

- Інформаційні заходи на підприємствах, установах, школах, тощо
- Реклама у засобах масової інформації, соцмережах/зовнішня реклама (реабілітаційних послуг; конкретних центрів, відділень, хабів; громадських організацій, що залучені у надання реабілітаційних послуг та спроможні надавати фінансову допомогу, скеровувати в центри з більшим потужностями, тощо)
- Розповсюдження інформації серед голів громад на відповідних нарадах для подальшого її спрямування мешканцям
- Надання чіткої, зрозумілої інформації щодо реабілітаційного шляху пацієнта: у т.ч. послідовності дій та центрів/відділень, що надають відповідні послуги, наприклад, у вигляді кольорових, ярих, зрозумілих брошур
- Цифрові рішення, що спрощують розуміння, доступність інформації, є інтуїтивно зрозумілими для пацієнтів різного віку та стану

ОРГАНІЗАЦІЙНІ

- **«М’яке» регулювання процесу на рівні МОЗ, НСЗУ** - поряд з потребою у розробці шляху пацієнта, контролі сервісу, лікарі стверджують важливість «м’яких» дій, що не будуть обмежувати свободу медичного закладу та пацієнта в обранні найбільш якісних та ефективних провайдерів реабілітаційних послуг.

¹ Дивиться детально про інформаційне забезпечення та потреби професійної спільноти у наступному розділі

Централізоване регулювання - його потреба залежить від адекватності наказів. Я не впевнений, що це потрібно, тому що вони можуть обмежити свободу дій й ефективно виконання. А мене цікавить тільки якість та задоволення пацієнтів (Лікар-хірург)

- **Стимуляція більшої активності та «самоорганізації» самих лікарень, професійної спільноти, керівників лікарень, більш широке розповсюдження кращих практик, що вже використовуються певними медичними закладами, наприклад:**
 - Впровадження кол-центрів, що підпорядковуються відділам якості надання медичних послуг/супроводу – ведення списків пацієнтів, що потребують зворотного зв'язку, нагадування про необхідність реабілітаційних дій, отримання інформації про стан, тощо
 - Для невеликих медичних закладів, що не мають власних реабілітаційних відділень – укладення договорів з багатопрофільними закладами, реабілітаційними центрами для більш ефективного та прогнозованого спрямовування пацієнтів та контролю отримання реабілітаційних послуг
 - Спрямування пацієнтів на реабілітацію на рівні внутрішніх розпоряджень, наказів по медичному закладу
 - Інформаційна робота з лікарями профільних спеціальностей та фахівців первинної ланки:
 - о Організація лікарнями інформаційних закладів для своїх колег щодо ролі, значення, сучасних методів реабілітації
 - о Робота фахівців реабілітаційної медицини зі своїми колегами у повсякденних контактах – нагадування, роз'яснення щодо методів, пацієнтів, термінів, тощо.

Коли відкрився наш центр у 2021 році, керівництво зібрало лікарів першої ланки та пояснила, які захворювання підлягають реабілітації, щоб прислали людей (Лікар ФРМ)

- **Підтримка фахівців та команд, що залишились в країні – цінувати, не створювати перепонів діяльності; матеріальне стимулювання**

ПОКРАЩЕННЯ ДОСТУПНОСТІ

- **Збільшення ліжкового фонду**
- **Достатня кількість штатних посад та фахівців, які бажають працювати у реабілітації**
- **Створення реєстру реабілітаційних відділень та центрів**
- **Введення реабілітологів до складу мобільних паліативних бригад**

Мобільні паліативні бригади... родичі не завжди згодні на їх госпіталізацію по різних причинах, особливо у селах. Введення реабілітологів, психологів у такі бригади було б добрим рішенням – щоб могли виїжджати, працювати з цими хворими за межами лікарні. Для сільської місцевості це - велика проблема (Лікар ФРМ)

ЗАПРОВАДЖЕННЯ «СПАДКОЄМНОСТІ» ПРОЦЕСУ РЕАБІЛІТАЦІЇ

- **Розробка маршрутів** пацієнтів по отриманню реабілітаційних послуг. За можливістю, залучення соціальних працівників до роботи реабілітаційних відділень для консультацій стосовно маршруту, порядку дій, необхідних документів, тощо.
- **Контроль отримання реабілітаційних послуг**, продовження реабілітації після стаціонару/ амбулаторії (через кол-центри, онлайн-консультації сімейних лікарів).
- **Навчання пацієнтів**, їх родичів реабілітаційним заходам для можливості самостійного продовження відновлення в домашніх умовах.
- **Вирішення проблеми доставки пацієнтів в лікарню та додому**; організація спецтранспорту для медичних закладів.
- **Робота над інклюзивністю**, а не тільки відновленням функцій; повернення пацієнта до нормального життя; активна розробка міських маршрутів, що адаптовані під людей з особливими потребами.

ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ СЕРВІСУ

- **Збільшення кількості доглядового персоналу** та розробка кваліфікаційних умов до них.
- **Покращення умов стаціонарних відділень** (відповідний стан туалетів, душових, наявність пристосувань для пацієнтів з інвалідністю).
- **Збільшення кількості допоміжних засобів** (милиці, візки, памперси). Наразі вони надаються безкоштовно, але їх недостатньо.
- **Індивідуальний підхід до реабілітаційного процесу** – в кожного пацієнта власна швидкість, стан, тощо.
- **Створення групових форм реабілітації** – підтримка, приклад інших пацієнтів зі схожими проблемами може сприяти більш ефективному фізичному та психологічному відновленню.

Це може бути й психологічна, й фізіологічна реабілітація. Наприклад військові – тому, хто був с тобою в одному окопі допомогло, то ти йому однозначно більше повіриш, ніж якийсь тьотці, яка ніколи там не була, й не знає, що ти пережив (Лікар ФРМ)

5. Інформаційне забезпечення та інформаційні потреби професійної спільноти у галузі реабілітаційної медицини

Наразі всі фахівці – учасники дослідження (як безпосередньо залучені у надання реабілітаційних послуг, так й фахівці інших спеціальностей) зауважують на потребу в інформації щодо реабілітації, її методів, кращих практик. Суттєвою проблемою є брак сучасної літератури, особливо перекладної.

Я закінчила навчання у 2021 році, так навіть тоді ми вчилися по літературі радянського зразка. Навчання по закордонній літературі – це вже твоє бажання, час та ресурси. Але в нашій лікарні усі намагаються розвиватися (Лікар ФРМ)

Фахівці реабілітаційної медицини зазначають й обмежені освітні/інформаційні можливості для представників окремих напрямків (наприклад, ерготерапевтів, логопедів, фізичних терапевтів)

Актуальними каналами отримання галузевої інформації є:

- **Семінари, тренінги** (очний формат) у центрах, відділеннях реабілітації країни, рідше – за кордоном
- **Онлайн-конференції, вебінари**
- **Інтернет, через пошукові запити** (для отримання специфічної інформації, щодо реабілітаційних методів, заходів, тощо; вивчення іноземних протоколів з реабілітації, світової галузевої літератури; пошуку контактних даних реабілітаційних центрів та відділень)

Якщо я бачу пацієнта, який потребує реабілітації, то я дивлюся в Інтернеті найближчі заклади за профілем, контакти керівника, тому що на реабілітацію не так просто й потрапити, треба використовувати особисті знайомства (Сімейний лікар)

- **Соцмережі** (наприклад, галузеві групи, сторінки асоціації лікарів реабілітаційної медицини у Фейсбукі)
- **Академія НСЗУ**

Інформаційні потреби/потреби навчання та вдосконалення фахівців включають:

Для сімейних лікарів, фахівців профільних спеціальностей

- **Міні-лекції, вебінари з теоретичною базою** щодо реабілітаційної медицини та її методів (наприклад, в форматі роликів на YouTube)
- **Для частини фахівців. Практичні заняття, тренінги** (в онлайн/офлайн форматі) для набуття практичних навичок з подальшою можливістю навчати пацієнтів певним методом реабілітації

Потрібно постійно проводити навчання для лікарів, інформувати про реабілітацію, щоб розуміли значущість. Ми запросили в лікарню ерготерапевта й попросили розказати, що вона з ними робить. Наче в кіно сиділи, ми не звикли до цього, що треба, наприклад, попросити людину постукати ногами в пол. І якщо це несиметричне, ти так вже виявляєш патологію (Сімейний лікар)

Для фахівців реабілітаційних спеціальностей

- **Орієнтація на вдосконалення та розвинення практичних навичок** (пріоритет – очному формату, заняттям на базі центрів, відділень).
- **Збільшення кількості занять по підвищенню кваліфікації**, що спрямовані на фізичних та ерготерапевтів, логопедів, психологів.
- **Переклад літератури, протоколів реабілітаційних послуг інших країн з найкращим досвідом реабілітаційної медицини.** Наразі частина лікарів за власною ініціативою вивчає протоколи, що доступні англійською мовою, але коло таких лікарів доволі обмежене.
- **Формування та введення у дію тренінгових центрів та баз для підготовки та підвищення кваліфікації фахівців реабілітаційних спеціальностей.** Наразі МОЗ вже запланував діяльність 6 тренінгових центрів – відділень передового досвіду, які будуть навчати междисциплінарні команди. Окремі центри вже проводять таке навчання на добровільних засадах, проте тренінгові центри, які будуть функціонувати на постійній основі передбачають окреме фінансування та штат.

У функціонуванні тренінгових центрів для найбільш ефективного навчання реабілітаційних команд доцільне забезпечення доступу до широкого кола пацієнтів з різними захворюваннями/станами. Вирішення цього питання передбачає, у т.ч. узгодження дій (маршрутів пацієнтів) між МОЗ та Міністерством оборони.