



ДАЙДЖЕСТ ЗМІН В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

ЩОМІСЯЦЯ У КОЖНІЙ
ОРДИНАТОРСЬКІЙ

eHealth

ДЛЯ ЛІКАРІВ

РЕАБІЛІТАЦІЯ БЕЗ ЗАЙВИХ ПАПЕРІВ: НОВИЙ ФУНКЦІОНАЛ В ЕСОЗ



МАРІЯ КАРЧЕВИЧ

*Заступниця Міністра охорони
здоров'я з питань цифрового
розвитку*

До російського вторгнення у 2014 році українська система охорони здоров'я не стикалася з такою кількістю людей, яким потрібна реабілітація. А у 2022 році це число зросло в рази. Захисники і захисниці щодня зазнають поранень на фронті, а цивільні громадяни потерпають навіть далеко в тилу через російські ракети. Реабілітація всіх, хто постраждав від війни, гарантована і безоплатна в закладах, які мають договір з Національною службою здоров'я України за пакетами «Реабілітаційна допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах» та «Реабілітаційна допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах». Крім того, надання реабілітаційної допомоги передбачено в рамках інших пакетів медичних послуг у гострому реабілітаційному періоді як частину медичної послуги, наприклад, у пакеті «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах» тощо.

Завдання держави — якомога швидше та ефективніше реформувати си-

стему реабілітації та розвинути експертизу фахівців з реабілітації, щоб усі, хто цього потребує, могли повернутися до якісного, активного, звичного життя.

Одна з перепон, яка гальмує цей процес, — надмірна бюрократизація. Для зменшення цього ми впроваджуємо в електронну систему охорони здоров'я (ЕСОЗ) новий функціонал для супроводу реабілітації пацієнтів на принципах Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) — біопсихосоціальному підході. Поясню, як це працюватиме.

У рамках розвитку системи реабілітації в Україні запроваджується мультидисциплінарний підхід. Це означає, що у процесі реабілітації пацієнта бере участь команда фахівців з реабілітації. До такої команди залучаються лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти, ерготерапевти, протезисти, психологи, терапевти мови й мовлення, соціальні працівники та інші фахівці. Це дозволяє зробити процес відновлення комплексним та безперервним.

Для того щоб усі ці спеціалісти мали оперативний доступ до медичної інформації пацієнта, вона має зберігатися в одному місці — в ЕСОЗ. Від першого звернення пацієнта лікарі вносять у систему дані про результати обстежень, реабілітаційні втручання тощо. На їх основі формується індивідуальний реабілітаційний план пацієнта. І план, і дані, і все, що необхідно для реабілітації (наприклад, які допоміжні засоби реабілітації по-

трібні), відображається в електронній медичній картці.

У подальшому лікарям достатньо буде ідентифікувати пацієнта в системі, щоб побачити дані про його здоров'я та попередні призначення. Усі фахівці мультидисциплінарної реабілітаційної команди, залучені до реабілітації людини, зможуть оперативно обмінюватися інформацією та робити необхідні позначки безпосередньо в системі, не заповнюючи паперових журналів. Коригувати індивідуальний реабілітаційний план за потреби вони також зможуть.

Якщо ж пацієнта буде перенаправлено до іншого медичного закладу, то нова команда за його згодою отримає доступ до електронної картки і продовжить реабілітацію.

На рівні держави Міністерство охорони здоров'я зможе в режимі реального часу отримувати статистичні дані щодо реабілітації, виявляти переваги і слабкі місця та оперативно впроваджувати зміни. ЕСОЗ покаже, які медичні заклади є найбільш ефективними в реабілітації, де не вистачає фахівців, а які потребують конкретних змін та покращень своєї роботи.

Прозорість реабілітаційного процесу сприятиме комплексному відновленню пацієнта і його поверненню до активного життя. А якісно побудована система в майбутньому дасть закладам охорони здоров'я та фахівцям величезний досвід у реабілітації, якого, ймовірно, досі не мала жодна країна світу.

ЛІКАР — ЦЕ КООРДИНАТОР РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ КОМАНДИ. А КОМАНДА ВИРІШУЄ, ЯКІ ВИДИ ТЕРАПІЇ ПОТРІБНІ ПАЦІЄНТОВІ



ТЕТЯНА БАРИШОК

*Фізична терапевтка,
національна тренерка з МКФ
в Україні*

Що таке Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) і навіщо вона впроваджується в Україні?

Раніше підхід до реабілітації ґрунтувався на медичній моделі: медики намагалися відновити тіло людини з погляду анатомічних структур. З іншого боку, існувала соціальна модель, у якій обмеження життєдіяльності людини — це не її особиста проблема, а комплекс умов середовища, які треба компенсувати за рахунок соціальної підтримки, забезпечення допоміжними засобами реабілітації, адаптації простору, інклюзивної освіти і зайнятості тощо.

МКФ є синтезом медичної, психологічної, соціальної моделей реабілітації. Вона підходить для командної роботи, об'єднує різних фахівців, розширює кінцеву мету реабілітації, з різних боків намагається оптимізувати функціонування людини. МКФ не тільки про відновлення функцій, анатомічної структури — вона про повернення людини до повноцінної активності в суспільному житті.

Яких практичних кроків від медичних закладів та фахівців охорони здоров'я потребує впровадження МКФ?

Перший крок для фахівців — пройти навчання на платформі Академії НСЗУ. Вже проанонсовано два курси з МКФ: «Базові засади застосування МКФ» та «Документування надання реабілітаційної допомоги на основі МКФ». Кожен фахівець, залучений

до мультидисциплінарної команди, має пройти ці курси та успішно скласти тести.

Другим кроком є проходження навчання, яке запропонують медичні інформаційні системи (МІС) безпосередньо на місцях.

Наступний крок — відпрацювання навичок. Зібратися командою, задокументувати процес реабілітації для кількох пацієнтів, проаналізувати всі пункти індивідуального реабілітаційного плану, базові набори МКФ, з'ясувати, хто й за якими категоріями МКФ проводить оцінювання, щоб уникнути дублювання. Важливо розподілити ролі в команді, заздалегідь виявити недоліки, прогалини, зафіксувати сильні сторони, провести роботу над помилками.

Керівники закладів мають забезпечити фахівцям робочі місця і можливість навчатися та впроваджувати МКФ. За постановою Кабінету Міністрів України № 1268, відділення повинно мати протокольні кімнати. Тобто керівництво закладу та відділення має забезпечити фахівцю робоче місце з комп'ютером, де він зможе і навчатися, і в майбутньому заходити в систему, щоб бачити інформацію про пацієнта, заповнювати документи, вносити зміни.

Інше важливе питання — навантаження фахівців. Керівники закладів мають розуміти, що навантаження на фахівців з реабілітації включає роботу зі складання індивідуальних реабілітаційних планів, програм терапії, ведення документації. Також це робота із супервізією, менторська робота, підготовка до занять. Наприклад, фізичний терапевт не менше двох годин робочого дня має витрачати на ці активності.

Що таке мультидисциплінарна реабілітаційна команда (МДРК)?

Це команда фахівців із реабілітації, які надають послуги за різними напрямками терапії. Її координує лікар фізичної та реабілітаційної медицини. До команди входять фізичний

терапевт, ерготерапевт, терапевт мови і мовлення (поки що ці посади можуть обіймати логопеди), психолог або психотерапевт, протезист-ортезист, асистенти фізичного терапевта та ерготерапевта, медична сестра з реабілітації.

Але для кожного пацієнта склад МДРК може змінюватися: все залежить від обмежень життєдіяльності конкретної особи та необхідних видів терапії для її оптимізації. Далеко не всі потребують максимального складу МДРК.

Має проводитися всебічне оцінювання пацієнта щодо наявних у нього обмежень функціонування. За результатами оцінювання добирають ті методи й заходи терапії, які максимально підходять для вирішення його проблем. До команди можна додатково залучати інших фахівців, які не є фахівцями з реабілітації, зокрема соціальних працівників.

МКФ відходить від директивної моделі призначення процедур лікарем. Лікар є координатором роботи команди, а команда вирішує, які види терапії потрібні пацієнтові.

Як медичному закладу створити мультидисциплінарну команду з реабілітації?

Розраховувати кількість фахівців відділення реабілітації потрібно відповідно до їхнього навантаження щодо роботи з пацієнтом, кількості пацієнтів і навантаження на пацієнта (у реабілітаційному стаціонарі має бути не менше трьох годин реабілітації на добу). Якщо ж думати про розширення відділення, зростання, навчання команди та збільшення послуг, то фахівців має бути більше.

Де брати фахівців? Мабуть, шукати готових фахівців — це не єдиний правильний шлях. Прекрасно, коли в команді є фахівці з досвідом; таких людей треба максимально мотивувати, щоб вони готували команду, передавали досвід молодим фахівцям. Але треба брати до уваги і той

факт, що досвідчений фахівець не дорівнює фахівцю із сучасними поглядами, який володіє ефективними методами терапії. Молоді фахівці, які нещодавно здобули освіту, можуть дати фору тим, хто працює довго. Рівень фахівців у реабілітації дуже неоднорідний.

Я б рекомендувала медичним закладам звертатися до закладів освіти в їхньому регіоні: заклади можуть підтримувати контакти з випускниками, викладачі можуть знати, хто де працює, виходить із декрету і шукає роботу тощо. Можна брати на роботу молодих фахівців без дипломів магістратури на роль асистентів, щоб вони набували досвіду.

Якщо ви берете на роботу досвідчених людей, важливо, щоб вони були командними гравцями, добре ставилися до молодих, готові були ділитися досвідом.

Багато медсестер отримали дипломи фахівців із фізичної реабілітації. Вони не працювали в цьому напрямі, бо раніше не існувало таких посад. Якщо ви знаєте медсестер, які готові навчатися та підвищувати свій рівень, мають диплом, але мають недостатньо знань і навичок, то їх можна залучати до цієї роботи в реабілітації.

Шляхів до вдосконалення багато: це і практичні курси та семінари, практикуми, тренінги, онлайн-вебінари, лекції та цілі курси. Їх провайдерми можуть бути як професійні організації, так і заклади з реабілітації, освітні заклади тощо. Наприклад, найвідомішою базою курсів з фізичної терапії (і не тільки) є «Фізіопедія» (Physiopedia), курси якої є у відкритому доступі для наших фахівців та пекладаються українською.

Як створюється індивідуальний реабілітаційний план? Що він має включати і чим обмежується його тривалість?

ІРП має три розділи. Перший заповнюється, коли пацієнт перебуває в гострому періоді реабілітації, другий — на післягострому, третій — на довготривалій реабілітації. Якщо пацієнт потрапив одразу на післягострий період, то розділ для гострого періоду не заповнюється.

Кожен розділ ІРП може складатися з циклів надання допомоги, їх може бути кілька. Цикл триває до двох тижнів. Цикл — це завершений етап реабілітації, коли провели обстеження, виконали втручання, провели заключне обстеження, зробили висновки, внесли корективи. І так по колу. Після кожного циклу треба оцінювати результат і коригувати програму.

ІРП має містити мету і завдання реабілітації, категорійний профіль — перелік категорій МКФ, за якими в пацієнта є певні обмеження чи проблеми функціонування. По суті, ІРП відображає стан та функціонування пацієнта, описані у формі категорійного профілю за кожною категорією, де у пацієнта є проблеми чи обмеження. Також ІРП містить перелік реабілітаційних заходів, які будуть проводитися (за класифікатором втручань), потребу у фахівцях, медичних виробках, медичні обмеження та застереження до втручань, потребу у протезуванні.

Важливо, що в ЕСОЗ існують реєстри фахівців з реабілітації. І в плані зазначається, який конкретно фізичний терапевт, ерготерапевт тощо працюватиме з пацієнтом. Там зазначається не просто професійний склад команди, а всі фахівці поіменно. ІРП мають заповнювати лікар ФРМ і терапевти, залучені до надання реабілітаційної допомоги.

Наскільки автономним є кожен фахівець у складі команди під час виконання індивідуального реабілітаційного плану? Чому важлива співпраця між фахівцями?

Кожен фахівець є абсолютно автономним, бо самостійно обстежує пацієнта за допомогою власних інструментів оцінювання. Він складає власну програму терапії, самостійно вирішує, які будуть втручання, самостійно їх виконує, проводить повторне оцінювання та робить висновки.

Команда важлива для міжпрофесійного спілкування, комплексної оцінки потреб людини, вона ставить загальну мету реабілітації, і за визначеним напрямом кожен фахівець працює самостійно. Команда важлива для того, щоб забезпечити всеосяжний та різнобічний підхід до пацієнта та оптимізувати його функціонування загалом.

КОНТРОЛЬНИЙ ПЕРЕЛІК ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДО НАДАННЯ ПОСЛУГ РЕАБІЛІТАЦІЇ

- ☑ *Заклад уклав договір з НСЗУ за одним чи кількома пакетами:*
 - «Реабілітаційна допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах»;
 - «Реабілітаційна допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах»;
 - «Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя».
- ☑ *Заклад підключився до ЕСОЗ через МІС із функціоналом заповнення індивідуального реабілітаційного плану в електронному форматі.*
- ☑ *Робочі місця фахівців мультидисциплінарної реабілітаційної команди (МДРК), зокрема лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, ерготерапевта, обладнано комп'ютерами з доступом до інтернету.*
- ☑ *Усі фахівці МДРК пройшли навчання на платформі Академії НСЗУ та отримали сертифікати про завершення курсів «Базові засади застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ)» та «Документування процесу надання реабілітаційної допомоги на основі МКФ».*
- ☑ *Фахівці МДРК вміють вносити інформацію про реабілітаційні послуги до ЕСОЗ.*
- ☑ *Фахівці МДРК вміють пояснювати пацієнтам цілі та завдання реабілітації, спільно з пацієнтом формувати індивідуальний реабілітаційний план на основі МКФ та біопсихосоціальної моделі.*
- ☑ *Фахівці з реабілітації та лікуючі лікарі нереабілітаційних відділень, підрозділів ЗОЗ вміють планувати виписку відповідно до можливих реабілітаційних маршрутів та обов'язково інформують пацієнта або його законного представника про можливі варіанти.*
- ☑ *Персонал ознайомлений з правилами обліку та звітності щодо послуг реабілітаційної допомоги відповідно до договору з НСЗУ.*

«ДЯКУЄМО СЕРЦЕМ»:

НАРОДИВСЯ ЗА ДВА ДНІ ДО ВТОРГНЕННЯ І МІГ НЕ ПЕРЕЖИТИ ДОРОГУ

ЯК ЛІКАРІ ВРЯТУВАЛИ ЕВАКУЙОВАНОГО З ЧЕРНІГОВА ГОРДІЯ

22 лютого Гордій відсвяткував свій перший День народження, але для цього йому довелося пройти дуже складний шлях.

Хлопчик народився у Чернігові за два дні до початку повномасштабного вторгнення. Дитина важила 1 кг 200 грамів та була киснезалежною. Його братик не пережив пологів.

Через постійні обстріли у пологовому будинку не залишилося жодного цілого вікна. Їхня родина жила у підвалі медзакладу, де Гордій був найважчим пацієнтом. Лікарі були змушені рятувати дітей без води, опалення, світла та зв'язку, але транспортувати хлопчика боялися через залежність від кисню — він міг не пережити дорогу.

Коли кисню залишилося на 48 годин, родина наважилася на евакуацію.

Евакуація була дуже небезпечною, під постійними обстрілами та тривогами. Вивозити новонароджену дитину ризикнули керівник відділу соціального служіння Київської митрополії ПЦУ Роман Холодов разом з лікарем-анестезіологом Миколою Дем'янюком, відчайдушними медиками та волонтерами. Також дякуємо за допомогу в евакуації дитини волонтерці Оксані Рубан, дитячій кардіохірургині Асі Аветян, благодійному фонду «Vigilant Heart» і керівництву «Охматдиту». Це був єдиний шанс на життя Гордія. Цим заїздом вивозили ще одну дитину вагою 2 кг 300 грамів, яка евакуювалася під наглядом лікаря-анестезіолога «Охматдиту» Валентина Халапенка.

З оточеного Чернігова родина виїжджала вночі, полями та з вимкненими фарами, щоб не потрапити під ворожий обстріл. «Навколо нас все горіло. Небо палало від запалів



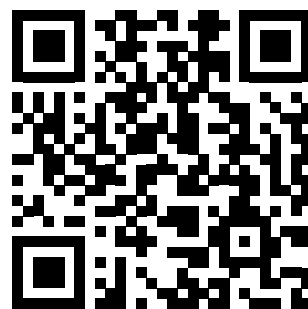
«Градів». Було дуже страшно», — розповідає мама Ольга. Вісім років тому вона вже переживала подібне. У 2013 році в Ольги народилася перша дитина — донька Аріна. Коли їй було сім місяців, родина змушена була втікати з тимчасово окупованого Донецька.

Після шести годин подорожі хлопчика доставили до «Охматдиту».

11 місяців за життя та здоров'я Гордія в «Охматдиті» боролися десятки спеціалістів. Дитині зробили дві операції. До лікування долучилися спеціалісти відділення хірургії новонароджених, торакальні хірурги, діагности, лабораторна служба, ендоскопісти, анестезіологи.

Тепер Гордій може самостійно дихати і харчуватися. Хлопчика вже виписали з лікарні.

ПІДТРИМАТИ РОБОТУ МЕДИКІВ:



УКРАЇНСЬКІ ФАХІВЦІ З РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОЧНУТЬ ВНОСИТИ МЕДИЧНІ ДАНІ ПРО РЕАБІЛІТАЦІЮ ПАЦІЄНТІВ В ЕСОЗ ЗА МІЖНАРОДНОЮ КЛАСИФІКАЦІЄЮ МКФ

Сьогодні система реабілітаційної допомоги в Україні перебуває на етапі фундаментальних змін.

Так, трансформована система реабілітації має на меті не лише відновити фізичне та психологічне самопочуття людини, але й повноцінно повернути її до суспільного життя, зберегти її право на роботу і соціальні контакти.

Для цього в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ) впроваджується функціонал документування реабілітації на принципах Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ).

Тепер у центрі уваги не діагноз і не захворювання, а **людина**, її потреби та її шлях до відновлення.

Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) відходить від так званої медичної моделі обмеження функціонування (класифікації «наслідків захворювання») і фокусування на діагнозі та є класифікацією «компонентів здоров'я» — соціальної моделі функціонування. «Компоненти здоров'я» визначають складові здоров'я і набір умов соціального середовища, які допомагають їх досягти, а «наслідки» зосереджуються на впливі захворювань чи інших станів здоров'я на кінцевий результат. МКФ інтегрує в собі ці моделі в підхід, який називається «біопсихосоціальний». Такий підхід забезпечує узгоджене уявлення про різні перспективи здоров'я з біологічної, індивідуальної та соціальної точок зору.

Ще однією з переваг впровадження МКФ є координація між фахівцями мультидисциплінарної команди та спілкування «єдиною мовою реабілітації та функціонування».

Отже, вся інформація про процес відновлення пацієнта буде синхронізованою та доступною для всіх членів мультидисциплінарної реабілітаційної команди.

Втім, МКФ — це не лише про відновлення в межах медичного закладу. Зібрана та систематизована мультидисциплінарною реабілітаційною командою інформація допоможе в майбутньому освітянам, соціальним працівникам, фахівцям із зайнятості та інших галузей, систем та державі краще розуміти потреби людини.

А це, своєю чергою, значно покращить якість надання всього спектру послуг, необхідних людині та її сім'ї, а також дозволить надалі створювати цифрові інструменти для взаємодії між медичною, соціальною, освітньою сферами, сферою зайнятості та іншими сферами.

Так, на основі даних в ЕСОЗ буде сформовано профіль функціонування людини, що спростить надалі здійснення заходів соціальної підтримки, інклюзивної освіти та підтримки зайнятості без додаткового бюрократичного навантаження.

Уже невдовзі вся необхідна інформація для фахівців з реабілітації щодо внесення реабілітаційних даних в ЕСОЗ стане доступною в навчальному

курсі Академії НСЗУ «Документування процесу надання реабілітаційної допомоги на основі Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ)».

Впровадження реабілітаційного функціоналу в ЕСОЗ і розробка навчальних онлайн-курсів відбуваються в рамках проєкту «Реабілітація травм війни в Україні», який фінансується за підтримки Швейцарії, Європейського Союзу в Україні та «Nova Ukraine».

Розбудова ефективної системи реабілітації є ініціативою Першої леді Олени Зеленської. Проєкт «Реабілітація травм війни в Україні» 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», Український центр охорони здоров'я та Український католицький університет.

Стежте за оновленнями та не пропустіть реєстрацію!

ПЕРЕВАГИ ДЕПАПЕРИЗАЦІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ

 Для лікарів	<ul style="list-style-type: none"> • Можливість відстежувати, як проходить реабілітація пацієнта
 Для фахівців мультидисциплінарної реабілітаційної команди	<ul style="list-style-type: none"> • Не треба заповнювати паперові документи • Автоматичний обмін даними • Синхронізація всередині команди • Можливість оперативно коригувати індивідуальний реабілітаційний план • Командний мультидисциплінарний підхід та горизонтальна взаємодія • Відсутність прив'язки до діагнозу
 Для пацієнта	<ul style="list-style-type: none"> • Пацієнт стає суб'єктом прийняття рішень • Фокусування не на діагнозі, а на можливостях та потребах людини (біопсихосоціальний підхід) • Не треба зберігати довідки • Уся інформація про реабілітацію надійно збережена і доступна у разі зміни реабілітаційного закладу • Простіше отримувати соціальні послуги та документи для призначення допомоги
 Для закладів охорони здоров'я та держави	<ul style="list-style-type: none"> • Статистика в режимі реального часу • Оцінка якості надання реабілітаційних послуг • Визначення потреби у фахівцях і допоміжних засобах реабілітації • Планування фінансування та оцінка розподілу коштів

ПИТАННЯ / ВІДПОВІДІ

? Який функціонал стане доступним для супроводу надання реабілітаційної допомоги в ЕСОЗ?

На першому етапі цифровізації лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, а також фізичні терапевти та ерготерапевти будуть вести індивідуальний реабілітаційний план пацієнта, вносити електронні медичні записи про реабілітаційні втручання, результати обстежень, допоміжні засоби реабілітації та інші необхідні дані до ЕСОЗ.

? Що таке індивідуальний реабілітаційний план пацієнта?

Індивідуальний реабілітаційний план — це електронний документ, який розробляється всіма учасниками мультидисциплінарної реабілітаційної команди спільно з пацієнтом на підставі результатів реабілітаційного обстеження пацієнта. У плані визначаються мета, завдання реабілітації, а також комплекс заходів та допоміжних засобів реабілітації, необхідних для їх досягнення.

Індивідуальний реабілітаційний план є основним документом, що забезпечує організацію надання реабілітаційної допомоги.

? Що має враховувати індивідуальний реабілітаційний план?

Цей план складається на підставі Державного типового плану реабілітації та враховує:

- результати реабілітаційного обстеження, наявні порушення, обмеження повсякденного функціонування та потреби особи, в тому числі в допоміжних засобах реабілітації (враховуються реабілітацій-

ний діагноз, наявність та ступінь обмежень активності та участі особи, впливу факторів середовища та особистих факторів);

- реабілітаційний період;
- реабілітаційний прогноз;
- місце проведення реабілітаційних заходів (матеріальні ресурси/обладнання);
- наявні ресурси фахівців.

? Як здійснюється ведення індивідуального реабілітаційного плану пацієнта: алгоритм для фахівців з реабілітації?

- 1) Лікар ідентифікує пацієнта та здійснює його пошук в ЕСОЗ за загальними правилами пошуку.
- 2) Лікар фізичної та реабілітаційної медицини створює епізод з типом «Реабілітація».
- 3) Після цього фахівці мультидисциплінарної реабілітаційної команди можуть вносити медичні записи, пов'язані з первинним обстеженням стану пацієнта, відповідно до національного класифікатора НК 030:2022 «Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я».
- 4) Лікар фізичної та реабілітаційної медицини створює індивідуальний реабілітаційний план пацієнта, вказує заплановані заходи, що мають сприяти поліпшенню стану пацієнта, зафіксованого протягом первинного обстеження.
- 5) Після цього фахівці мультидисциплінарної реабілітаційної команди можуть вносити медичні записи, пов'язані з реабілітаційними втручаннями в рамках затвердженого реабілітаційного плану, та інформацію про потребу і використання допоміжних засобів реабілітації відповідно до Міжнародного кла-

сифікатора ISO 9999 «Допоміжні засоби для осіб з обмеженням життєдіяльності».

- 6) У процесі реабілітації команда аналізує результати реабілітаційного процесу і, спираючись на них, може вносити зміни до індивідуального реабілітаційного плану.
- 7) Після завершення реабілітаційного циклу (два тижні) учасники мультидисциплінарної реабілітаційної команди проводять проміжне або заключне обстеження стану пацієнта, фіксують медичні записи відповідно до національного класифікатора НК 030:2022 «Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я» та приймають рішення про провадження наступного реабілітаційного циклу або закриття реабілітаційного плану поточного циклу та подальші рекомендації для пацієнта.
- 8) На кожному наступному етапі реабілітаційного маршруту пацієнта лікар має створити новий реабілітаційний план і за потреби додати посилання на попередній.

Підпишіться на дайджест змін в охороні здоров'я

