



# КОНЦЕПТУАЛЬНА ЗАПИСКА

з розвитку людського капіталу в реабілітації



# **КОНЦЕПТУАЛЬНА ЗАПИСКА З РОЗВИТКУ ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ В РЕАБІЛІТАЦІЇ 2023**

**Авторка:** Марія Кривоконь, консультантка Міністерства охорони здоров'я України з розвитку людського капіталу в реабілітації

Висловлюємо подяку колегам – співробітникам Міністерства охорони здоров'я України, Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні та Анастасії Бойчук, керівниці проєкту «Реабілітація травм війни в Україні», безпосередньо причетним до розроблення концепції центрів досконалості, представлених в цій Концептуальній записці.

Цю публікацію підготовлено у межах проєкту «Підтримка реабілітації людей з інвалідністю, спричиненою війною», який реалізує Програма розвитку ООН в Україні за фінансування урядів Республіки Корея та Німеччини.

Думки, зауваження, висновки або рекомендації, викладені в цьому документі, належать авторці і не обов'язково відбивають погляди ООН та/або урядів Республіки Корея та Німеччини.

Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) розвиває спроможну мережу закладів охорони здоров'я, які надають сучасну доказову реабілітаційну допомогу. До мережі інтегровано неспеціалізовані стаціонарні реабілітаційні відділення, що забезпечує можливість надання повноцінної реабілітаційної допомоги громадянам з першого дня звернення з травмою чи захворюванням. На підставі цієї концепції створено реабілітаційні маршрути, які дають змогу здійснювати ефективне скерування пацієнтів та пацієнок між гострим, післягострим і довготривалим реабілітаційними періодами.

Розвиток людського капіталу в реабілітації є одним із пріоритетів Міністерства. Адже разом із нестачею фахівців та фахівчинь з реабілітації спеціалісти, які вже працюють у реабілітаційних закладах, відділеннях і підрозділах, відчують потребу в компетенціях та навичках (базових і додаткових) для надання сучасної доказової реабілітаційної допомоги своїм пацієнтам (як учасникам бойових дій, цивільним, які зазнали наслідків війни, так і пацієнтам зі станами, неспричиненими війною).

**Ця концептуальна записка має на меті:**

- охарактеризувати успішні іноземні практики та міжнародні рекомендації з розвитку людського капіталу, підготовки й безперервного навчання фахівців та фахівчинь з реабілітації;
- окреслити основні освітні та кваліфікаційні виклики українських фахівців та фахівчинь з реабілітації й мультидисциплінарних реабілітаційних команд, так само, як і навички, яких вони потребують;
- визначити ключові сфери для майбутніх ініціатив з розвитку освіти у сфері реабілітації та підвищенні якості реабілітаційної допомоги в Україні.

# ЗМІСТ

- 05 — ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ
- 06 — КРАЩІ ІНОЗЕМНІ ПРАКТИКИ З ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ТА ЗАЛУЧЕННЯ ФАХІВЦІВ З РЕАБІЛІТАЦІЇ
- 12 — МІЖНАРОДНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВИМОГ ДО КВАЛІФІКАЦІЇ ФАХІВЦІВ З РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ КОМАНД
- 20 — ОСВІТНІ ТА КВАЛІФІКАЦІЙНІ ВИКЛИКИ УКРАЇНСЬКИХ ФАХІВЦІВ З РЕАБІЛІТАЦІЇ В УМОВАХ ВІЙНИ
- 23 — ШЛЯХИ РОЗВИТКУ ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА КЛЮЧОВІ НАВИЧКИ Й КОМПЕТЕНЦІЇ, ЯКИХ ПОТРЕБУЮТЬ УКРАЇНСЬКІ ФАХІВЦІ З РЕАБІЛІТАЦІЇ
- 28 — ПИТАЛЬНИК ДЛЯ ФАХІВЦІВ З РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ЗБОРУ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ЇХНІ ПОТРЕБИ В ОСВІТІ ТА ПРОФЕСІЙНОМУ РОЗВИТКУ



## ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

<b>БПР</b>	безперервний професійний розвиток
<b>ВАІТ</b>	відділення анестезіології та інтенсивної терапії
<b>ВІЛ/СНІД</b>	вірус імунодефіциту людини / синдром набутого імунодефіциту
<b>ВООЗ (WHO)</b>	Всесвітня організація охорони здоров'я (World Health Organization)
<b>ДЗР</b>	допоміжні засоби реабілітації
<b>ЕТ</b>	ерготерапія/ерготерапевт
<b>ЄДКІ</b>	єдиний державний кваліфікаційний іспит
<b>ЗОЗ</b>	заклад охорони здоров'я
<b>МДРК</b>	мультидисциплінарна реабілітаційна команда
<b>МІС</b>	медична інформаційна система
<b>МОЗ</b>	Міністерство охорони здоров'я України
<b>НСЗУ</b>	Національна служба здоров'я України
<b>ТММ</b>	терапія мови та мовлення/терапевт мови та мовлення
<b>ФРМ</b>	фізична та реабілітаційна медицина
<b>ФТ</b>	фізична терапія/фізичний терапевт
<b>ARSP</b>	Annual Review of Competence Progression
<b>AUSMAT</b>	Australian Medical Assistance Team
<b>CAPTE</b>	Commission on Accreditation in Physical Therapy Education
<b>CME</b>	continuing medical education
<b>CPD</b>	continuing professional development
<b>EACCME</b>	European Accreditation Council for Continuing Medical Education
<b>NHS</b>	National Health Service (Національна служба охорони здоров'я Великобританії)
<b>PCE</b>	Physiotherapy Competency Exam
<b>PRM UEMS</b>	Physical and Rehabilitation Medicine Section of the Union Européenne des Médecins Spécialistes (U.E.M.S., European Union of Medical Specialists)
<b>WHOT</b>	World Federation of Occupational Therapists

# КРАЩІ ІНОЗЕМНІ ПРАКТИКИ З ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ТА ЗАЛУЧЕННЯ ФАХІВЦІВ З РЕАБІЛІТАЦІЇ

Міжнародні організації, що працюють у сфері охорони здоров'я, зокрема Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), у своїх рекомендаціях стосовно розвитку освіти в охороні здоров'я наголошують на тому, що сучасна підготовка працівників та працівниць сфери охорони здоров'я повинна враховувати: 1) як місцевий, так і національний та міжнародний контексти, у якому вони працюють; 2) доказові практики та знання, що застосовують у всьому світі; 3) етичні питання та питання дотримання прав людини.

Також ВООЗ визнає міжпрофесійну співпрацю в освіті та практиці інноваційною стратегією, яка відіграватиме важливу роль у пом'якшенні глобальної кризи людських ресурсів у сфері охорони здоров'я. Міжпрофесійна освіта є необхідним кроком у підготовці кадрів охорони здоров'я, готових до спільної практики та реагування на місцеві потреби охорони здоров'я.<sup>1</sup>

Знання з реабілітації є невід'ємною частиною сучасної медичної освіти, а отже мають бути інтегровані в підготовку всіх медичних працівників і сприяти залученню багатьох спеціалістів та спеціалісток до мультидисциплінарних реабілітаційних команд.<sup>2</sup>

Окрім того, в аналітичних записках, присвячених розвитку реабілітаційної освіти та кращим світовим практикам підтримки людського капіталу в реабілітації, багато уваги приділяють залученості до реабілітації фахівців як у гострому та післягострому реабілітаційному періоді, так і в довготривалому періоді – а саме спеціалістів з громадського здоров'я, організації патронажів і супервізій у громадах з боку соціальних працівників і сімейних лікарів. Ці практики також спрямовані на раннє виявлення людей, які мають порушення рухових функцій та їхнє направлення до лікарів і фахівців з реабілітації.<sup>3</sup>

---

1 Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice WHO, <https://www.who.int/publications-detail-redirect/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>

2 Rehabilitation Competency Framework, WHO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008281>

3 Рекомендації з удосконалення законодавства України з реабілітації й узгодження політик різних органів державної влади та місцевого самоврядування для створення комплексної системи медичної реабілітації в Україні, Український центр охорони здоров'я.

Фахівці з реабілітації також мають активно долучатися до роботи з ветеранами, визначення їхніх можливостей виконувати професійні завдання, досягнення цілей працевлаштування та незалежної життєдіяльності.<sup>4</sup>

Серед кращих практик у залученні та розвитку фахівців та фахівчинь з реабілітації можна також виділити рекомендації стосовно підготовки фахівців з реабілітації до надзвичайних ситуацій.

Наприклад, до Australian Medical Assistance Team (AUSMAT), які навчають медичний персонал реагувати на надзвичайні ситуації та катастрофи, належать фахівці та фахівчині з реабілітації (як серед викладачів/-чок, так і серед учасників/-ць навчальних курсів), що збільшує роль реабілітації в реагуванні на надзвичайні ситуації та стихійні лиха й забезпечує практичну демонстрацію інтеграції реабілітації в мультидисциплінарну команду.

У Швеції (Karolinska University Hospital) плани готовності до надзвичайних ситуацій лікарень включають професіоналів з реабілітації як частину невідкладної допомоги. Кожне відділення має план на випадок надзвичайних ситуацій, включаючи конкретні ролі ерготерапевтів і фізичних терапевтів, а також окремий план для соціальних працівників та психологів. План також включає терапевтів і лікарів, які спеціалізуються на опікових травмах, гострих ортопедичних травмах, травмах рук та дихальній терапії у відділенні невідкладної допомоги.<sup>5</sup>

Міжнародні професійні асоціації фахівців з реабілітації розробляють свої бачення найкращих практик і розвитку реабілітаційної освіти в Європі та світі.

Наприклад, у Візії освіти з фізичної терапії європейського регіону підкреслюється, що високоякісні освітні програми готують фізичних терапевтів як автономних та інноваційних гравців у системі охорони здоров'я, беручи на себе провідну роль у міжпрофесійній співпраці.<sup>6</sup>

Однак складність у розумінні ситуації з людськими ресурсами для реабілітаційних послуг полягає в тому, що не існує загальноприйнятої системи моніторингу або універсального «золотого стандарту» для необхідних людських ресурсів. У будь-якій системі охорони здоров'я різні категорії медичних працівників можуть надавати різні форми медичних і реабілітаційних послуг.

---

<sup>4</sup> Understanding the Veteran Readiness and Employment Program, <https://www.military.com/benefits/veteran-benefits/understanding-the-va-vetsuccess-program.html>

<sup>5</sup> Strengthening rehabilitation in health emergency preparedness, readiness, response and resilience. Policy brief by WHO, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/370571/9789240073432-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<sup>6</sup> Statement on Physiotherapy Education of the Europe region by Education Matters Working Group (EMWG), [https://www.erwcpt.eu/\\_files/ugd/3e47dc\\_2d5255d064874c8493f2619fbbee427c.pdf](https://www.erwcpt.eu/_files/ugd/3e47dc_2d5255d064874c8493f2619fbbee427c.pdf)

Специфічне поєднання персоналу, необхідного в місцевому контексті, буде відрізнятися залежно від обставин регіону. Наприклад, країні з великою кількістю дорожньо-транспортних пригод може знадобитися більше працівників, які спеціалізуються на лікуванні когнітивних та опорно-рухових розладів, тоді як іншій країні може знадобитися більше працівників, кваліфікованих у наданні послуг людям з інвалідністю, пов'язаною з ВІЛ/СНІДом та іншими інфекційними захворюваннями.<sup>7</sup>

Водночас щільність фахівців з реабілітації не обов'язково є найважливішим фактором у покращенні здоров'я та добробуту населення, тоді як якість підготовки таких фахівців є визначальною.<sup>8</sup>

Інше питання до ефективної побудови мультидисциплінарних реабілітаційних команд (МДРК) полягає в розподілі ролей між фахівцями різних професій у побудові реабілітаційних планів, прийнятті рішень та організації реабілітаційної допомоги.

Наприклад, у деяких країнах з високим рівнем доходу (наприклад, у Сполученому Королівстві, США, Канаді) фізичні терапевти володіють розширеними компетенціями, як-от призначенням рентгенівських знімків або «діагностикою» проблем опорно-рухового апарату. Фізичні та ерготерапевти (ФТ/ЕТ) з більш просунутою практикою дедалі частіше делегують великі обсяги завдань з меншою кваліфікацією асистентам ФТ/ЕТ у країнах, де вони існують. Таке перенесення завдань є ефективним, коли воно добре сплановано та вивчено, але в іншому разі може бути шкідливим як для витрат, так і для результатів (наприклад, асистенти терапевта надають допомогу без належного нагляду та кваліфікації).<sup>9</sup>

Якщо звернутися до практик університетської підготовки фахівців з реабілітації основних професій, то підготовка фахівців та фахівчинь у середньому займає 3-6 років (залежно від країни та спеціальності) і має значну практичну компоненту, фокусуючись на стажуванні у відділеннях різного спрямування.

Спеціальність лікаря ФРМ є незалежною в європейських країнах, але її назва та направлення дещо різняться залежно від різних національних традицій і законів. Навчання зазвичай триває від чотирьох до шести років залежно від

---

**7** Statement on Physiotherapy Education of the Europe region by Education Matters Working Group (EMWG), [https://www.erwcpt.eu/\\_files/ugd/3e47dc\\_2d5255d064874c8493f2619fbbee427c.pdf](https://www.erwcpt.eu/_files/ugd/3e47dc_2d5255d064874c8493f2619fbbee427c.pdf)

**8** Health-Related Rehabilitation Services: Assessing the Global Supply of and Need for Human Resources, [https://www.researchgate.net/publication/51724757\\_Health-Related\\_Rehabilitation\\_Services\\_Assessing\\_the\\_Global\\_Supply\\_of\\_and\\_Need\\_for\\_Human\\_Resources](https://www.researchgate.net/publication/51724757_Health-Related_Rehabilitation_Services_Assessing_the_Global_Supply_of_and_Need_for_Human_Resources) October 2011 **BMC Health Services Research** 11(1):276

**9** Jesus, T. S., Landry, M. D., Dussault, G., & Fronteira, I. (2017). Human resources for health (and rehabilitation): Six Rehab-Workforce Challenges for the century. *Human Resources for Health*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0182-7>

країни. Зміст навчання варіюється від країни до країни, однак у більшості навчальних програм передбачається ротація в межах відділень за різними основними напрямками, а також іншими суміжними галузями (наприклад, внутрішні хвороби, неврологія, ортопедична хірургія).<sup>10</sup>

Випускники у Сполученому Королівстві можуть приєднатися до програми навчання з реабілітаційної медицини (ФРМ) після завершення основної медичної підготовки та складання іспиту. Випускники, які пройшли основну підготовку з медицини, хірургії, психіатрії або загальної практики, мають право подати заявку на спеціалізовану підготовку з реабілітаційної медицини. Програма навчання з реабілітаційної медицини складається з чотирьох років навчання з різних аспектів спеціальності з оцінкою на робочому місці та щорічним оглядом з клінічних компетенцій (ARCP). На цей момент немає вихідного іспиту для спеціальності, однак слухачів заохочують взяти участь в оцінюванні Європейської ради фізичної та реабілітаційної медицини. За шість місяців до завершення навчання та залежно від успішного ARCP слухачі отримують право подати заявку на основні посади консультантів у Національній службі охорони здоров'я (NHS). Обов'язкові напрями практичної роботи включають щонайменше 12 місяців у нейрореабілітації, шість місяців у медицині опорно-рухового апарату, три місяці у травмах хребта, три місяці в протезуванні та ортезуванні. Решта 24 місяці дають можливість розглянути сфери інтересів у реабілітаційній медицині.<sup>11</sup>

У США підготовка лікарів ФРМ включає 12 місяців стаціонарних ротацій і 12 місяців амбулаторних ротацій; решта 12 місяців – це стаціонарна/амбулаторна комбінація залежно від програми. Більшість установ вимагає або заохочує наукові дослідження.<sup>12</sup>

Освіта фізичних терапевтів та ерготерапевтів здебільшого передбачає отримання університетського ступеня. У Великій Британії необхідно отримати ступінь бакалавра з фізичної або ерготерапії. Це може займати три роки повного робочого дня або шість років неповного робочого дня. Якщо здобувач уже має ступінь у релевантній сфері, можлива дворічна прискорена магістратура.

Щоб стати фізичним терапевтом (як і ерготерапевтом) у США, потрібно закінчити програму вищої освіти, схвалену Комісією з акредитації в галузі

---

**10** Gutenbrunner, C., Lemoine, F., Yelnik, A., Joseph, P., de Korvin, G., Neumann, V., & Delarque, A. (2011). The field of competence of the specialist in physical and rehabilitation medicine (PRM). *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54(5), 298-318.  
<https://doi.org/10.1016/j.rehab.2011.05.001>

**11** Royal College of Physicians of Edinburgh, Rehabilitation Medicine,  
<https://www.rcpe.ac.uk/careers-training/rehabilitation-medicine>

**12** American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation, The Medical Student's Guide to PM&R, <https://www.aapmr.org/career-support/medical-student-resources/a-medical-students-guide-to-pm-r/what-is-a-residency-in-pm-r-like>



фізичної терапії (CAPTE). Для вступу на одну з цих програм потрібен відповідний ступінь бакалавра з біології, медицини, кінезіології або спортивної науки.

У Канаді фахівці здобувають ступінь магістра з фізичної терапії та складають Національний іспит на компетенцію з фізичної терапії (PCE).<sup>13</sup>

Освіта фізичного терапевта в Німеччині не веде до отримання університетського диплому, як це відбувається в більшості країн ЄС. Програма ФТ займає три роки та є стандартною для всіх земель Німеччини. Після завершення програми всі студенти ФТ повинні скласти державний іспит (staatliche Prüfung).<sup>14</sup>

Безперервний професійний розвиток (CME та CPD – з оволодіння медичними/клінічними та іншими професійними навичками) є невід'ємною частиною професійної практики фахівців з реабілітації всіх професій, про що говорять різноманітні дослідницькі статті та рекомендації з освіти в реабілітації. На рівні ЄС акредитацією конгресів ФРМ займається European Accreditation Council of CME (EACCME). Рада PRM UEMS на основі угоди, підписаної з EACCME, є референтним органом для оцінки якості конгресів фахівців ФРМ.<sup>15</sup>

Також дослідження, присвячені впливу безперервного професійного розвитку (БПР) на практику фізичних терапевтів, показали ефективність безперервного навчання для практики фахівців: Ганн і Годінг<sup>16</sup> у своєму дослідженні, спрямованому на розуміння досвіду окремих фізичних терапевтів щодо БПР, дійшли висновку, що проведення БПР покращує впевненість, а також підвищує компетентність, дозволяючи фахівцям формувати ефективні терапевтичні стосунки з пацієнтами та іншими членами їхніх команд.

В іншому опитуванні<sup>17</sup> було виявлено, що участь у курсах БПР, пов'язаних з артритом, призвела до значного збільшення очікуваної кількості ролей, які виконують фізичні терапевти в лікуванні пацієнтів з артритом.

---

**13** How to become a physiotherapist, <https://www.kenhub.com/en/library/education/how-to-become-a-physiotherapist>

**14** Physiopedia, Germany, <https://www.physio-pedia.com/Germany>

**15** Gutenbrunner, C., Lemoine, F., Yelnik, A., Joseph, P., de Korvin, G., Neumann, V., & Delarque, A. (2011). The field of competence of the specialist in physical and rehabilitation medicine (PRM). *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54(5), 298-318. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2011.05.001>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877065711000704?via%3Dihub>

**16** Gunn H, Goding L. Continuing Professional Development of physiotherapists based in community primary care trusts: a qualitative study investigating perceptions, experiences and outcomes. *Physiotherapy*. 2009;95:209-14

**17** Li L, Hurkmans E, Sayre E, Vlieland T. Continuing Professional Development is associated with increasing physical therapists' roles in arthritis management in Canada and the Netherlands. *Phys Ther*. 2010;90:629-42

У рандомізованому контрольованому дослідженні за участю дев'ятнадцяти ФТ Клеланд та інші<sup>18</sup> продемонстрували, що постійне навчання щодо лікування болю в шиї було корисним для зменшення інвалідності пацієнтів з болем у шиї, одночасно зменшуючи кількість відвідувань занять з фізичної терапії.

Отже, безперервний професійний розвиток є ефективною практикою для підвищення кваліфікації фахівців та фахівчинь, які працюють в мультидисциплінарних реабілітаційних командах, причому потреба в подальших дослідженнях БПР і політик розвитку освіти в реабілітації, особливо з урахуванням місцевого контексту та умов, у яких працюють МДРК.<sup>19</sup>

---

**18** Cleland J, Fritz J, Brennan G, Magel J. Does Continuing Education improve physical therapists' effectiveness in treating neck pain? A randomized clinical trial. *Phys Ther.* 2009; 89:38-47.

**19** Devdeep Ahuja, Continuing Professional Development within Physiotherapy- a Special Perspective January 2011, **Journal of Physical Therapy** 3(1):4-8  
[https://www.researchgate.net/publication/216413234\\_Continuing\\_Professional\\_Development\\_within\\_Physiotherapy-\\_a\\_Special\\_Perspective](https://www.researchgate.net/publication/216413234_Continuing_Professional_Development_within_Physiotherapy-_a_Special_Perspective)

# МІЖНАРОДНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВИМОГ ДО КВАЛІФІКАЦІЇ ФАХІВЦІВ З РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ КОМАНД

Визначенням універсальних очікувань і рекомендацій до освіти та підвищення кваліфікації фахівців з реабілітації різних професій, акредитацією заходів БПР й освітніх програм у реабілітації займаються європейські та світові профільні професійні асоціації та неурядові організації: WHO, Board of Physical and Rehabilitation Medicine of the European Union of Medical Specialists, World Physiotherapy, World Federation of Occupational Therapists, European Speech and Language Therapy Association тощо. Також у розробці політик розвитку освіти в реабілітації можна звертатися до рекомендацій національних професійних асоціацій країн з високим рівнем доходу (за рейтингом Світового Банку).

Так, ВООЗ у межах ініціативи Rehabilitation 2030 розробила Рамку компетенцій у реабілітації, що визначає основні цінності та переконання, які мають поділяти фахівці з реабілітації, і охоплює компетенції, поведінку, знання та навички, необхідні для виконання низки заходів і завдань, пов'язаних з реабілітаційною практикою та наданням послуг. Рамка компетенцій розроблена за принципом «адаптувати й прийняти» для будь-яких реабілітаційних професій у будь-яких умовах і країнах. **Усі компетенції розділено на п'ять тематичних груп.**<sup>20</sup>

## **1. ПРАКТИКА**

Компетенції та дії, пов'язані зі взаємодією між фахівцями/фахівчинями з реабілітації – пацієнтами та їхніми родинами. Це навички, необхідні для встановлення відповідних робочих стосунків, оцінювання стану пацієнта/ки, планування інтервенцій, здійснення реабілітаційних заходів і втручань, спілкування та прийняття клінічних рішень.

## **2. ДОСЛІДЖЕННЯ**

Компетенції та діяльність, пов'язані зі створенням, розповсюдженням та інтеграцією реабілітаційних досліджень.

## **3. УПРАВЛІННЯ ТА ЛІДЕРСТВО**

Компетенції та види діяльності, пов'язані з командною роботою, стратегічним мисленням, управлінням, розвитком та оцінюванням послуг, а також управлінням ресурсами.

## **4. НАВЧАННЯ ТА РОЗВИТОК**

Компетенції та діяльність, пов'язані з професійним розвитком фахівців та фахівчинь з реабілітації. Компетенції та діяльність у цій сфері включають професійний розвиток, викладання та навчання.

## **5. ПРОФЕСІОНАЛІЗМ**

Компетенції та діяльність, пов'язані з професійною доброчесністю, співпрацею, безпекою та якістю догляду, які дають змогу виконувати професійну роль.

Отже, клінічні компетенції: навички надання реабілітаційної допомоги пацієнтам з конкретними станами, діагностування, володіння певними реабілітаційними методиками – є основними, але не виключними рисами, якими мають володіти фахівці з реабілітації. Дослідницька діяльність, лідерські та командні компетенції, освітня діяльність та етичні й культурні знання є обов'язковими для сучасних фахівців, які працюють у мультидисциплінарних командах.

Всесвітня федерація ерготерапевтів – WFOT – розробила мінімальні стандарти освіти ерготерапевтів, на які можна спиратися при розробці освітніх програм і планів безперервного професійного розвитку, як на «міжнародний еталон, що забезпечує якість освітніх програм у всьому світі, водночас відображаючи динамічні якості освіти з ерготерапії».<sup>21</sup>

Визначений перелік очікувань до знань, навичок і компетенцій ерготерапевтів залежить від національних, місцевих та індивідуальних потреб, які вони покликані вирішувати. Проте, як зазначає федерація, усі ерготерапевти повинні мати знання, навички в шести сферах:

- Взаємозв'язок людини й заняттєвої активності та середовища і взаємозв'язок заняттєвої активності зі здоров'ям та добробутом.
- Терапевтичні та професійні стосунки.
- Процес ерготерапії.
- Професійне мислення та поведінка.
- Контексти професійної практичної діяльності.
- Застосування доказів для забезпечення найкращої практики.

Взаємозв'язок між людиною, середовищем і заняттєвою активністю, а також між здоров'ям і добробутом включає знання ерготерапевта про людину, її розвиток, вплив середовища, дитинства, цінності та емоції, як порушення функцій тіла, травми впливають на заняття людини, як заняттєва активність впливає на здоров'я та як здоров'я впливає на заняттєву участь. Компонента середовища передбачає знання ерготерапевта про вплив соціального, політичного, культурного середовища на людину, права людини й соціалізацію, а також вплив фізичного середовища, інструментів безбар'єрності та клімату на заняття людей.

Під заняттєвою складовою маються на увазі навички випускників з аналізу, адаптації та зміни занять, аналізу заняттєвої активності та факторів середовища, які впливають на заняттєву активність, теоретичні підходи до опису заняттєвої активності.

Терапевтичні та професійні стосунки включають знання, що стосуються встановлення ефективних робочих відносин з пацієнтами та їхніми сім'ями, ефективної командної роботи та взаємодії з іншими зацікавленими особами.

Процес ерготерапії – це безпосередня робота ерготерапевта з клієнтами від оцінювання заняттєвих потреб і визначення цілей ерготерапії до оцінювання результатів терапії. Особливість процесу буде варіюватися залежно від

---

**21** Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists 2016, WFOT  
<https://wfot.org/resources/new-minimum-standards-for-the-education-of-occupational-therapists-2016-e-copy>



контексту й мети втручання та може охоплювати підходи вирішення проблем, сприяння, розширення можливостей, співпраці й консультування (problem solving, enabling, empowering, collaborative and consultative approaches).

Сфера професійного мислення та поведінки стосується місцевих і міжнародних очікувань до кваліфікованих працівників сфери охорони здоров'я та містить п'ять компонентів:

- процес дослідження / пошуку інформації,
- етична практика,
- професійна компетентність: знання про власні знання, навички, їхню актуальність,
- рефлексивна практика, уміння систематично оцінювати якість усіх аспектів власної практичної діяльності,
- менеджмент практичної діяльності.

Сфера контексту професійної практичної діяльності стосується аспектів фізичного, суспільного й соціального середовищ, які впливають на здоров'я та участь людей, а також практики ерготерапії; місцеві чинники, як-от, наприклад, забезпечення дітей з інвалідністю доступом до освіти, і міжнародні чинники, приміром рухи за права осіб з інвалідністю.

У документі Всесвітня федерація ерготерапевтів підтримує академічну автономію університетів у створенні навчальних планів та освітніх програм і наголошує на відкритості встановлених мінімальних критеріїв. Також розробники наголошують, що навчальні плани повинні переглядатися на постійній основі щонайменше кожні п'ять років (для двох- або трьохрічних програм) або сім років (для чотирьохрічних програм), аби залишатися актуальними й доказовими, зважаючи на поточний рівень розвитку ерготерапії та місцевий контекст.

Навчальна практика, відповідно до рекомендацій, має включати роботу здобувачів з людьми різних вікових груп; гострий, післягострий та довготривалий періоди; стани здоров'я, що впливають на різні аспекти структури й функції тіла та що викликають різні обмеження діяльності; різні установи, приміром лікарні, державні та приватні, медичні та освітні, міські та сільські заклади; оцінювання перед працевлаштуванням, під час повернення на роботу, під час зміни кар'єри; роботу з людьми, які не працюють, неїездатні, відчужені тощо.<sup>22</sup>

---

**22** Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists 2016, WFOT  
<https://wfot.org/resources/new-minimum-standards-for-the-education-of-occupational-therapists-2016-e-copy>

Всесвітня організація з фізичної терапії (World physiotherapy) розробила **Стейтмент про освіту з фізичної терапії для європейського регіону**, що також може доповнити уявлення про сучасні рекомендації стосовно вимог до фахівців та фахівчинь з реабілітації. Як і Мінімальні стандарти Всесвітньої федерації ерготерапії, цей документ може застосовуватися до розвитку освіти для багатьох професій у реабілітації.

### **Основні принципи, на яких має будуватись освіта в фізичній терапії:**

- підготовка фізичних терапевтів до автономних та інноваційних гравців у системі охорони здоров'я, готових до міжпрофесійної співпраці;
- і викладачі, і студенти повинні активно брати участь і проводити наукові дослідження, послуговуватися результатами досліджень;
- забезпечення базових навичок, знань і обґрунтування клінічних міркувань, які дозволяють надавати високоякісні інноваційні послуги з фізичної терапії;
- базування на доказах, доведеній ефективності;
- бути гнучкою, передбачати спеціалізації, вибір кількох професійних шляхів і безперервний професійний розвиток;
- використовувати встановлені національні та європейські процедури й стандарти забезпечення якості;
- мати міжнародний профіль.<sup>23</sup>

Інший документ Всесвітньої організації з фізичної терапії (World physiotherapy) Physiotherapist education framework наводить більш чіткі й розлогі **рекомендації щодо компетенцій фізичних терапевтів**, поділених на сфери, подібні до тих, що використовуються в Мінімальних стандартах ерготерапії:

- фізіотерапевтичне оцінювання та втручання фізичної терапії;
- етика та професійність практичної діяльності фізичних терапевтів;
- навички комунікації;
- доказова практика;
- мультидисциплінарна командна робота;
- рефлексивна практика та навчання впродовж життя;
- контроль і підвищення якості фізичної терапії;
- лідерство та менеджмент.<sup>24</sup>

---

**23** Statement on Physiotherapy Education of the Europe region by Education Matters Working Group (EMWG),

[https://www.erwcppt.eu/\\_files/ugd/3e47dc\\_2d5255d064874c8493f2619fbbee427c.pdf](https://www.erwcppt.eu/_files/ugd/3e47dc_2d5255d064874c8493f2619fbbee427c.pdf)

**24** World Physiotherapy. Physiotherapist education framework. London, UK: World Physiotherapy; 2021. <https://world.physio/sites/default/files/2021-07/Physiotherapist-education-framework-FINAL.pdf>

Також **освітня рамка у фізичній терапії** описує основні напрями навчальних планів – змісту освіти, зокрема:

1. Біологічні та фізичні науки.
2. Соціальні/поведінкові науки і соціальні технології.
3. Захворювання органів і систем організму, хірургія (клінічні науки).
4. Практика з науково доведеною ефективністю та дослідження.
5. Навички та характеристики компетентного фізичного терапевта (клінічне мислення, доказова практика, доказові інтервенції тощо).
6. Практична діяльність (планування та оцінювання втручань, лідерство, менеджмент, співпраця зі стейкхолдерами тощо).<sup>25</sup>

Рекомендації стосовно компетенцій лікарів ФРМ можна зокрема знайти в Білій книзі фізичної та реабілітаційної медицини в Європі, розробленій Європейським альянсом фізичної та реабілітаційної медицини (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance). Тут зазначається, що лікарі ФРМ, крім оволодіння медичними знаннями, компетенціями в догляді за пацієнтами, конкретними процедурними навичками, повинні мати глибоке розуміння основних принципів медичної етики та громадського здоров'я, здатність застосовувати методи догляду та профілактики для людей з інвалідністю, освоїти стратегії реінтеграції людей з інвалідністю в суспільство, застосовувати принципи забезпечення якості та сприяти безперервному професійному розвитку на основі практики.<sup>26</sup>

У статті «Сфера компетенції спеціаліста з фізичної та реабілітаційної медицини» виділені такі **компетенції лікарів ФРМ**:

- Медичне обстеження для встановлення основного діагнозу.
- Оцінювання функціональної здатності та потенціалу змін.
- Оцінювання активності та участі, а також контекстуальних факторів (особистих характеристик і середовища).
- Знання основних реабілітаційних процесів та їхньої доказової бази.

<sup>25</sup> World Physiotherapy. Physiotherapist education framework. London, UK: World Physiotherapy; 2021. <https://world.physio/sites/default/files/2021-07/Physiotherapist-education-framework-FINAL.pdf>

<sup>26</sup> European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. Introductions, Executive Summary, and Methodology. Eur J Phys Rehabil Med. 2018 Apr;54(2):125-155. doi: 10.23736/S1973-908718.05143-2, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29565101/>

- Знання компетенцій усіх членів команди, залучених до реабілітаційних програм.
- Розробка плану втручання ФРМ.
- Знання, досвід і застосування медичних і фізичних процедур (включаючи фізичні модальності, природні фактори та інші).
- Оцінювання та вимірювання результату терапії.
- Профілактика та лікування ускладнень.
- Прогнозування захворювання/стану та результатів реабілітації.
- Знання реабілітаційних технологій (ортопедії, протезування, допоміжних засобів реабілітації та інших).
- Командна робота та лідерські якості.
- Викладацькі навички (навчання пацієнтів, доглядальників, членів команди тощо).
- Знання соціальної системи та законодавства про інвалідність, включаючи освітні та професійні аспекти й доступні ДРЗ.
- Базові знання економічних (і фінансових) аспектів реабілітації.
- Методологія досліджень у галузі біомедичних реабілітаційних наук і техніки.<sup>27</sup>

NHS також визначає широкий **спектр компетентностей лікарів ФРМ:**

- Реабілітація в гострому періоді – прийом пацієнтів безпосередньо у ВАІТ.
- Реабілітація після великих травм, політравм.
- Оцінювання та ведення пацієнтів з розладами свідомості.
- Тісні робочі відносини між неврологічною реабілітацією та іншими службами, включаючи центри травм спинного мозку, нейрореабілітацію, постінсультну реабілітацію.
- Вдосконалені навички лікування та менеджменту болю.
- Паліативна допомога зі складною інвалідністю.
- Взаємодія з судами з медичних та юридичних питань, включаючи судові процеси тощо.
- Подальша диференціація конкретних сфер інтересів у межах спеціальності, включаючи подальший розвиток реабілітації опорно-рухового апарату та посилення уваги до професійної реабілітації.
- Розвиток та підтримка реабілітації на рівні громади.<sup>28</sup>

<sup>27</sup> C. Gutenbrunner, F. Lemoine, A. Yelnik, P.-A. Joseph, G. de Korvin, V. Neumann, A. Delarque, The field of competence of the specialist in physical and rehabilitation medicine (PRM), Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, Volume 54, Issue 5, 2011, <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2011.05.001> (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877065711000704>)

<sup>28</sup> Rehabilitation medicine, NHS, <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/roles-doctors/medicine/rehabilitation-medicine>

Федерація королівських коледжів лікарів (The Federation of the Royal Colleges of Physicians) також визначає сучасні тенденції щодо компетенцій лікарів ФРМ:

«Наразі більша частина роботи консультантів стосуватиметься неврологічних захворювань, зокрема травм хребта, а також наслідків травм, а саме людей з ампутацією, а також захворювань опорно-рухового апарату та хронічного болю. Інші сфери інтересів розвиваються. Наприклад, реабілітація після травм розвивається досить швидко, і реабілітація для людей, які перенесли COVID-19, зараз стає життєво важливою. Інші сфери розвитку включають серцево-легеневу реабілітацію, психологічні та функціональні розлади, реабілітацію поза межами лікарень, телереабілітацію та використання технологій».<sup>29</sup>

Можна знайти багато прикладів навчальних планів з реабілітаційної медицини, на які можна спиратися в разі розробки українських програм: наприклад, від Federation of the Royal Colleges of Physicians (Rehabilitation Medicine Training Curriculum), Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine (Rehabilitation Medicine), American Academy for Physical Medicine and Rehabilitation (Specialized Curricula Projects).

---

**29** The Federation of the Royal Colleges of Physicians, Rehabilitation medicine, <https://www.jrcptb.org.uk/specialties/rehabilitation-medicine>



# ОСВІТНІ ТА КВАЛІФІКАЦІЙНІ ВИКЛИКИ УКРАЇНСЬКИХ ФАХІВЦІВ З РЕАБІЛІТАЦІЇ В УМОВАХ ВІЙНИ

Основними кваліфікаційними викликами для українських фахівців з реабілітації є:

1. Довготривалі традиції використання застарілих або бездоказових методів реабілітації.
2. Відсутність досвіду практичного використання клінічного обґрунтування (clinical reasoning) в наданні реабілітаційної допомоги.
3. Відсутність навичок роботи у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди та відсутність навчання цьому в закладах освіти;
4. Брак компетентностей для надання реабілітаційної допомоги пацієнтам та пацієнткам з комплексними станами здоров'я, спричиненими війною (політравма, необхідність надання реабілітаційної допомоги в умовах тривалих запальних процесів, опіків, поєднання з травмами органів зору, слуху, розладами комунікації);
5. Брак навичок комунікації з ветеранами, пацієнтами з психоемоційними станами.

Національна служба здоров'я України в своїй аналітичній довідці за напрямом «Реабілітація» виділяє, зокрема, такі проблеми, що вказують на нестачу компетенцій та кваліфікаційні виклики для працівників ЗОЗ, які надають реабілітацію у сфері охорони здоров'я за пакетом медичних послуг «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах».

Так, кількість фахівців, що надають реабілітацію у сфері охорони здоров'я за всіма пакетами медичних послуг, не відповідає потребі за цими пакетами, що підтверджується кількістю законтракованих ЗОЗ, кількістю зареєстрованих у цих ЗОЗ фахівців і необхідною мінімальною вимогою щодо фахівців, яка значно перевищує фактичні показники.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Аналітична довідка за напрямом «Реабілітація», НСЗУ, 2023.

Водночас, це не можна однозначно трактувати як недостатню кількість випускників за «реабілітаційними» спеціальностями. Іншим фактором, який може впливати на нестачу фахівців у закладах охорони здоров'я, може бути перепрофілювання випускників, їхнє працевлаштування не за спеціальністю або в інших установах, що може також свідчити про недоліки в профорієнтації та підготовці здобувачів на додипломному рівні.

Іншим викликом, що виділяє НСЗУ в аналітичній довідці, є те, що більшість основних діагнозів за пакетом «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» належать до хронічних станів з періодами загострення та ремісії, які мали би отримувати реабілітацію за пакетом для амбулаторної реабілітації. Наприклад, для станів «Остеохондроз хребта у дорослих», «Люмбаго з ішіасом», «Остеохондроз хребта у дорослих, поперековий відділ», «Контрактура суглоба» діагнози, що кодують лікарі, згідно з іноземними гайдлайнами, не повинні потрапляти в реабілітацію взагалі, а в стаціонарну реабілітацію й поготів.<sup>31</sup>

Аналіз кількості пацієнтів з діагнозом «Інсульт» показав, що значна кількість пацієнтів зі стаціонарних умов реабілітації не переходять на реабілітацію в амбулаторних умовах. Відповідно, можна припустити, що однією з причин цієї тенденції може бути те, що на рівні стаціонару після виписки пацієнтам не розповідають їхній наступний маршрут надання реабілітації в амбулаторних умовах.

Аналіз кількості пацієнтів з діагнозом «Інфаркт», які отримали реабілітацію у сфері охорони здоров'я, показав, що таку реабілітацію отримує незначна кількість пацієнтів у стаціонарних умовах реабілітації та майже ніхто в амбулаторних умовах.<sup>32</sup>

Лише 7% травмованих (спінальна травма, ампутації) пацієнтів у 2023 році отримують реабілітаційну допомогу.

Аналіз топ-30 інтервенцій за всіма трьома пакетами медичних послуг за напрямом «Реабілітація» показав вражаючу кількість масажів та апаратної фізіотерапії, що призводить до великої кількості ускладнень для пацієнта у вигляді контрактур і порушень провідності нервового імпульсу, і надзвичайно малу кількість саме фізичної реабілітації, яка направлена на відновлення втрачених функцій організму.

В ЕМЗ відсутні коди, пов'язаних з роботою мультидисциплінарної команди, що свідчить про невиконання умов договору надавачами.<sup>33</sup>

---

**31** Аналітична довідка за напрямом «Реабілітація», НСЗУ, 2023.

**32** Аналітична довідка за напрямом «Реабілітація», НСЗУ, 2023.

**33** Аналітична довідка за напрямом «Реабілітація», НСЗУ, 2023.

У «Рекомендаціях з удосконалення законодавства України з реабілітації»<sup>34</sup>, зокрема заснованих на звіті ВООЗ про стан реабілітації в Україні<sup>35</sup>, наголошується на:

- 1) необхідності «оновити вимоги до освіти та доступу до професії фахівців з реабілітації, а саме ґрунтовної підготовки лікарів ФРМ, окремих освітніх програм для фізичних та ерготерапевтів»;
- 2) інтеграції протезистів-ортезистів до системи охорони здоров'я;
- 3) запровадженні системи безперервного професійного розвитку для фахівців з реабілітації;
- 4) системах патронажу;
- 5) розвитку освіти, впровадженні професії реабілітаційних медичних сестер і медичних братів, БПР для них;
- 6) впровадженні професії ТММ в Україні.

У документі наголошується, що, незважаючи на можливість використання джерел доказової медицини у сфері реабілітації в Україні (іноземних клінічних протоколів), перевага, зокрема у фінансуванні, надається санаторно-курортному лікуванню<sup>36</sup>, а рівень доказовості реабілітаційних послуг є на низькому рівні.

Також опанування холистичного мультидисциплінарного підходу до реабілітації, робота з допоміжними засобами реабілітації в Україні та окремих регіонах, удосконалення системи реабілітації на амбулаторному рівні й впровадження системи реабілітаційного супроводу (патронажу) є одним з викликів розвитку людського капіталу в реабілітації.

---

**34** Рекомендації з удосконалення законодавства України з реабілітації й узгодження політик різних органів державної влади та місцевого самоврядування для створення комплексної системи медичної реабілітації в Україні,  
[https://drive.google.com/file/d/1aZ\\_DzjfwOJcPTyR5Py6T3cfVtcl39Ka/view](https://drive.google.com/file/d/1aZ_DzjfwOJcPTyR5Py6T3cfVtcl39Ka/view)

**35** Situation assessment of rehabilitation in Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021.

**36** Рекомендації з удосконалення законодавства України з реабілітації й узгодження політик різних органів державної влади та місцевого самоврядування для створення комплексної системи медичної реабілітації в Україні,  
[https://drive.google.com/file/d/1aZ\\_DzjfwOJcPTyR5Py6T3cfVtcl39Ka/view](https://drive.google.com/file/d/1aZ_DzjfwOJcPTyR5Py6T3cfVtcl39Ka/view)

# ШЛЯХИ РОЗВИТКУ ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА КЛЮЧОВІ НАВИЧКИ Й КОМПЕТЕНЦІЇ, ЯКИХ ПОТРЕБУЮТЬ УКРАЇНСЬКІ ФАХІВЦІ З РЕАБІЛІТАЦІЇ

Базуючись на описаних вище міжнародних рекомендаціях стосовно компетенцій, якими повинні володіти фахівці та фахівчині з реабілітації, а також кваліфікаційних викликів для таких фахівців в Україні, можна виділити **ключові навички й компетенції, яких потребують українські фахівці та МДРК**, зокрема зважаючи на наслідки війни, а також на прями докладання зусиль для розвитку людського капіталу в реабілітації:

- Підвищення обізнаності фахівців з реабілітації про методи допомоги з доведеною ефективністю, своєчасну доказову реабілітацію та відмова від бездоказових методів реабілітації.
- Підвищення кваліфікації фахівців для допомоги пацієнтам з комплексними станами здоров'я, спричиненими війною: політравма, необхідність надання реабілітаційної допомоги в умовах тривалих запальних процесів, опіків, поєднання з травмами органів зору, слуху, розладами комунікації, ампутації, спінальні травми тощо.
- Опанування процесу надання реабілітаційної допомоги, починаючи з визначення потреб і проблем пацієнтів, співвіднесення проблем людини з її оточенням і професійними цілями, встановлення цілей реабілітації, планування та впровадження реабілітаційних втручань й оцінювання результатів реалізації.
- Розвиток навичок взаємодії всередині мультидисциплінарної команди, опанування холістичного мультидисциплінарного підходу до реабілітації.
- Розвиток навичок комунікації з пацієнтами з різними психоемоційними станами, соціальними потребами.
- Розвиток і долучення до мультидисциплінарних реабілітаційних команд (лікарів ФРМ, фізичних терапевтів й ерготерапевтів та їхніх асистентів) реабілітаційних медсестер, фахівців ТММ, психологів і нейропсихологів, аудіологів, протезистів, соціальних працівників, оптометристів, співпраці з сімейними лікарями тощо.

- Обізнаність про асистивні технології, допоміжні засоби реабілітації.
- Співпраця з органами виконавчої влади, зокрема НСЗУ й місцевого самоврядування, МІСами.
- Навички тренерів, викладання, проведення досліджень.
- Впровадження безперервного професійного розвитку для членів мультидисциплінарних реабілітаційних команд.
- Вивчення англійської мови.

Підвищення кваліфікації фахівців з реабілітації має відбуватися на додипломному (у середньостроковій перспективі – через підвищення якості освіти в закладах вищої освіти) і післядипломному рівнях (у короткостроковій перспективі – через проведення заходів безперервного професійного розвитку для фахівців з реабілітації).

Для оперативного реагування на потреби підвищення якості реабілітації, зокрема, можна докладати зусилля з розвитку клінічних мультидисциплінарних реабілітаційних центрів досконалості. Їхньою головною метою є підвищення кваліфікації фахівців з реабілітації відповідних професій та навчання мультидисциплінарних реабілітаційних команд у короткостроковій перспективі.

Клінічні мультидисциплінарні реабілітаційні центри досконалості відповідають логіці реабілітаційних маршрутів, будуть слугувати базою для розвитку спроможної реабілітаційної мережі та реабілітаційних маршрутів в областях і повинні бути гармонізовані з формуванням спроможної мережі ЗОЗ в Україні.

Центри досконалості розвиватимуться на базі відділень, які:

- володіють необхідними знаннями та досвідом надання мультидисциплінарної реабілітаційної допомоги всередині багатопрофільних лікарень, починаючи з гострого реабілітаційного періоду;
- сповідують цінності пацієнтоорієнтованих доказових методів реабілітації;
- демонструють ефективну командну співпрацю в реальному клінічному середовищі;
- мотивовані розвиватися та ділитися своїм досвідом і кращими практиками з мультидисциплінарними реабілітаційними командами з інших лікарень;
- мають достатні кадрові та інфраструктурні ресурси;
- мають оптимальне співвідношення фахівців з реабілітації до кількості пацієнтів;
- надають реабілітаційну допомогу й отримують оплату від НСЗУ відповідно до вимог реабілітаційних пакетів програми медичних гарантій.



Отже, ці відділення можуть стати клінічними тренінговими центрами для мультидисциплінарних реабілітаційних команд на рівні області та з усієї України. Перші освітні заходи на базі майбутніх центрів досконалості можна проводити найближчим часом, фокусуючись на тих компетентностях і практичному досвіді, якими команди центрів уже можуть поділитися зі своїми колегами. Одним з ключових завдань навчання фахівців з реабілітації є використання принципу «команда навчає команду» для опанування навички мультидисциплінарного формату надання реабілітаційної допомоги.

Також МОЗ збиратиме потреби в освіті та професійному розвитку цих центрів, щоб забезпечити команди навчанням (зокрема, за кордоном), потрібним для їхнього розвитку як центрів досконалості.

Для оцінювання професійних потреб і спроможностей обраних мультидисциплінарних реабілітаційних команд МОЗ долучатиме зовнішніх експертів – фахівців з реабілітації з найкращих іноземних центрів.

У межах оперативних заходів для розвитку людського капіталу в реабілітації, зокрема мультидисциплінарного формату надання реабілітаційної допомоги, ресурси насамперед варто спрямувати на підтримку освітніх заходів у реабілітаційних центрах досконалості, а не в закладах вищої освіти.

Мультидисциплінарні команди центрів досконалості володіють досвідом спільної роботи фахівців з реабілітації різних професій, а також сучасною клінічною експертизою в роботі з пацієнтами, а отже, зможуть ефективніше підібрати формат і зміст навчання для колег з інших лікарень, а також поділитися більш актуальними знаннями та практичним досвідом організації реабілітаційної допомоги, зокрема, щодо координації роботи членів команди, скерувань пацієнтів, внесення даних до медичних інформаційних систем, співпраці з НСЗУ.

Водночас у середньо- та довгостроковій перспективах наявна потреба в підтримці та стимулюванні університетів до розвитку реабілітаційних факультетів (кафедр) через впровадження освітніх програм для принаймні основних професій фахівців з реабілітації (лікар фізичної та реабілітаційної медицини, фізичний терапевт, ерготерапевт, медсестра/медбрат з реабілітації), побудованих за сучасними міжнародними вимогами.

Це стосується Ради з фізичної та реабілітаційної медицини Європейського Союзу медичних спеціалістів (the Board of Physical and Rehabilitation Medicine of the European Union of Medical Specialists) для лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, Всесвітньої фізіотерапії (World Physiotherapy) для фізичних терапевтів, Всесвітньої федерації ерготерапевтів (World Federation of Occupational Therapists) для ерготерапевтів.

Окрім цього, потрібно здійснити сертифікацію цих освітніх програм відповідно до профільних міжнародних вимог та інтегрувати центри досконалості як клінічні бази цих реабілітаційних факультетів.

Це сприятиме сталому запровадженню сучасного формату підготовки фахівців з реабілітації як ефективних членів мультидисциплінарних реабілітаційних команд.

Заходи підвищення якості освіти на додипломному рівні також включають удосконалення інструментів контролю якості освіти (ЄДКІ) та освітніх стандартів підготовки фахівців з реабілітації різних професій (лікарі ФРМ, фізичні терапевти, ерготерапевти тощо).

### **Роль центрів досконалості**

- Пілотування інновацій: вивчення та впровадження нових методів і технологій надання реабілітаційної допомоги.
- Участь у проведенні досліджень у сфері реабілітації та допоміжних технологій.
- Освітня діяльність: формальна освіта – проведення обов'язкових клінічних практик для студентів та студенток, що здобувають реабілітаційну освіту на додипломному рівні, і лікарів фізичної та реабілітаційної медицини під час інтернатури, неформальна освіта – проведення професійних медичних стажувань, майстер-класів, тренінгів, семінарів, фахових шкіл, інших заходів безперервного професійного розвитку в реабілітації.
- Хаби для обміну знаннями, співпраці та передового досвіду.
- Нетворкінг: сприяння співпраці між фахівцями з реабілітації та установами.
- Лідерство та адвокація: центри досконалості беруть активну участь в адвокації політик у сфері підвищення якості реабілітаційних послуг.
- Збір статистичних даних.
- Допомога під час рідкісних і складних станів.

### **Які переваги отримують реабілітаційні відділення та заклади охорони здоров'я, які погодяться розвиватися як центри досконалості?**

- Імідж і репутація.
- Освітні можливості для мультидисциплінарних реабілітаційних команд і менеджменту. Навчання клінічним компетентностям з надання реабілітаційної допомоги, навчання освітнім компетентностям з

проведення клінічних супервізій під час навчання фахівців з реабілітації, навчання організаційним компетентностям управління та роботи в складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди, обмін досвідом з іноземними центрами, розвиток soft skills, курс train the trainer тощо.

- Постійна фінансова підтримка для організації навчання, наймання на роботу менеджерів освітніх заходів тощо.
- Менторство іноземних експертів з реабілітаційної освіти.
- Підтримка в розробці та гармонізації програм навчання та програм надання реабілітаційної допомоги для визначених станів здоров'я.
- Розвиток корпоративної культури.

#### **Пропозиції стосовно наступних кроків:**

- Оцінювання потреб: наявні ресурси та кваліфікація фахівців з реабілітації майбутніх центрів досконалості: чому їм потрібно навчитися та чому вони вже можуть навчити інших.
- Визначення цілей, обсягу та формат навчань: сфери для фокусування (специфічні стани здоров'я, специфічні практичні навички), вибір закладів охорони здоров'я, мультидисциплінарні реабілітаційні команди яких будуть долучатися до освітніх заходів відповідних центрів досконалості, формати освітніх заходів, які проводитимуть майбутні центри досконалості.
- Залучення іноземних наставників та менеджерів з освіти до ЗОЗів.
- Планування навчань для команд центрів досконалості.
- Планування навчань від команд центрів досконалості.
- Розширення мережі навчальних центрів, розвиток центрів досконалості в інших областях.

Кінцевий результат: клінічні мультидисциплінарні реабілітаційні центри досконалості, переймаючи кращі міжнародні практики та отримуючи експертизу в наданні сучасної реабілітаційної допомоги в складних випадках – стануть навчальними центрами для мультидисциплінарних команд з усієї України, поширюватимуть свій досвід та клінічні навички серед колег з інших реабілітаційних відділень, що сприятиме розвитку людського капіталу та підвищенню якості реабілітаційної допомоги.

# ПИТАЛЬНИК ДЛЯ УКРАЇНСЬКИХ ФАХІВЦІВ З РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ЗБОРУ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ЇХНІ ПОТРЕБИ В ОСВІТІ ТА ПРОФЕСІЙНОМУ РОЗВИТКУ

Всесвітня конфедерація з фізичної терапії наголошує, що рефлексія та вміння визначати свій рівень знань й освітні потреби, які є частиною концепції «навчання впродовж життя» (life-long learning), є невід'ємною частиною практики фахівців з реабілітації.

В Освітній рамці є перелік питань, на які мають відповісти для себе спеціалісти під час формування своїх «навчальних планів». Подумати про ці питання варто й українським фахівцям, які братимуть участь в опитуванні стосовно потреб в освіті та професійному розвитку.

1. Які є вимоги до вашої ролі та професії? Які навички, якості та компетенції вам потрібні?
2. Які ваші пріоритети у навчанні?
3. Які ваші сильні сторони?
4. Що вам потрібно покращити?
5. Чи знаєте ви про конкретні навчальні можливості, до яких ви би хотіли отримати доступ, щоб відповідати своїм пріоритетам?<sup>37</sup>

Після того респондентам буде запропонований питальник, де їм потрібно буде розповісти про свої освітні потреби, прагнучи створити вичерпний список, у розрізі трьох критеріїв:

## КРИТЕРІЙ ПРІОРИТЕТУ

Які можете виділити пріоритети в навичках і темах, які потрібно опанувати реабілітаційній команді?

- **1-й пріоритет** – потрібно якнайшвидше;
- **2-й пріоритет** – потрібно в межах одного року;
- **3-й пріоритет** – потрібно в середньостроковій-довгостроковій перспективі.

<sup>37</sup> World Physiotherapy. Physiotherapist education framework. London, UK: World Physiotherapy; 2021. <https://world.physio/sites/default/files/2021-07/Physiotherapist-education-framework-FINAL.pdf>

## **КРИТЕРІЙ РІВНЯ НАВЧАННЯ:**

1. Базові знання.
2. Поглиблені знання.

## **КРИТЕРІЙ ТИПУ НАВИЧКИ-ЗНАННЯ:**

1. **Робота з певними станами здоров'я:**
  - a. напрями – кардіо, онко, травма, орто, нейро тощо;
  - b. періоди – гострий, післягострий, довготривалий;
  - c. конкретні захворювання;
  - d. соціальні групи пацієнтів, пацієнти певного віку тощо.
2. **Опанування певних ролей/методик реабілітаційної допомоги:**
  - a. функції ТММ,
  - b. оптометрія,
  - c. протезування,
  - d. медсестринство,
  - e. психологія,
  - f. діагностування,
  - g. оцінка результатів реабілітації,
  - h. користування певним обладнанням,
  - i. методики реабілітаційної допомоги тощо.
3. **Управління командою та формування команди:**
  - a. лідерство,
  - b. комунікація,
  - c. менеджмент команди,
  - d. взаємодія в команді.
4. **Навички тренерів, як навчати інших:**
  - a. публічні виступи,
  - b. планування освітніх заходів,
  - c. методики викладання.
5. **Навички спілкування з пацієнтами та колегами:**
  - a. психологічні стани,
  - b. спілкування з родиною,
  - c. етика спілкування з пацієнтами,
  - d. спілкування та співпраця з амбулаторним рівнем,
  - e. співпраця з НСЗУ, місцевою владою, виконавчою владою, МІСами.

**6. Інші компетенції:**

- a.** англійська мова,
- b.** проведення досліджень,
- c.** знання про безбар'єрність,
- d.** знання про доказову медицину й реабілітацію з доведеною ефективністю,
- e.** обізнаність про асистивні технології.

Також потрібно зафіксувати сильні сторони та сфери компетентності респондентів:

Чи можемо сформулювати ваші профілі роботи та сфери компетентності? З якими пацієнтами та станами ви працюєте найчастіше? У чому ваші сильні сторони?