

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
_____ 2025 року № _____

СТАНДАРТ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ
НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ
ПРИ ТРАВМАХ СПИННОГО МОЗКУ

Зміст

Перелік скорочень	3
Склад робочої групи	5
Паспортна частина	8
Загальна частина.....	9
Розділ I. Надання реабілітаційної допомоги при ТСМ протягом гострого реабілітаційного періоду	10
1. Положення стандарту	10
2. Обґрунтування положень стандарту	12
3. Критерії якості.....	12
Розділ II. Надання реабілітаційної допомоги при ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді	15
1. Положення стандарту	15
2. Обґрунтування положень стандарту	18
3. Критерії якості.....	19
Розділ III. Надання реабілітаційної допомоги при ТСМ протягом довготривалого реабілітаційного періоду	23
1. Положення стандарту	23
2. Обґрунтування положень стандарту	24
3. Критерії якості.....	25
Індикатори якості реабілітаційної допомоги.....	26
Кадрові ресурси	31
Матеріально-технічне забезпечення	31

Перелік скорочень

АД	автономна дисрефлексія
ДЗР	допоміжні засоби реабілітації
ЕСОЗ	електронна система охорони здоров'я
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ІРП	індивідуальний реабілітаційний план
КМП	клінічний маршрут пацієнта
лікар ФРМ	лікар фізичної та реабілітаційної медицини
МДРК	мультидисциплінарна реабілітаційна команда
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
НСВШ	нижні сечовивідні шляхи
TSM	травма спинного мозку
Форма № 044-1	форма первинної облікової документації № 044-1 «Результати обговорень мультидисциплінарної реабілітаційної команди стосовно особи, яка потребує реабілітації», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 травня 2023 року № 915, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 07 липня 2023 року за № 1161/40217
ASIA (AIS)	Шкала порушень Американської асоціації травми спинного мозку (American Spinal Injury Association ASIA) (AIS)
BS	Шкала Брейдена (пролежнів) (Braden Scale [Pressure Ulcer])
COPM	Канадський інструмент оцінки виконання занять (Canadian Occupational Performance Measure) (COPM)
ISNCSCI	Міжнародні стандарти неврологічної класифікації травми спинного мозку American Spinal Injury Association (International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury) (ISNCSCI)
HADS	Госпітальна шкала тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale) (HADS)
MAS	Модифікована шкала спастичності Ашворта (Modified Ashworth Scale) (MAS)
MMSE	Коротка шкала дослідження психічного статусу (Mini-Mental State Examination) (MMSE)
MoCA	Монреальський когнітивний тест (Montreal Cognitive Assessment) (MoCA)
PHQ-9	Опитувальник стану здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire-9) (PHQ-9)
RLCF	Шкала рівнів когнітивного функціонування Ранчо Лос Амігос (The Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning) (RLCF)
SCIM IV	Шкала незалежності при травмі спинного мозку (Spinal Cord Independence Measure, Version IV) (SCIM IV)
VAS/ВАШ	Візуальна аналогова шкала болю (Visual Analog Scale) (VAS)

WHOQOL-
BREF

Опитувальник якості життя Всесвітньої організації охорони
здоров'я World Health Organization Quality of Life-BREF
(WHOQOL-BREF)

Склад робочої групи

СТРІЛКА Євгенійович	Василь	директор Департаменту високотехнологічної медичної допомоги та інновацій, заступник голови робочої групи;
ЄГОРОВА Іванівна	Іванна	головний спеціаліст відділу трансплантації та реабілітації у сфері охорони здоров'я Департаменту високотехнологічної медичної допомоги та інновацій;
ДМИТРИШИН Христина Володимирівна		лікарка фізичної та реабілітаційної медицини Національного реабілітаційного центру «Незламні» комунального некомерційного підприємства «Львівське територіальне медичне об'єднання «Багатопрофільна клінічна лікарня інтенсивних методів лікування та швидкої медичної допомоги» (за згодою);
РАЗКЕВИЧ Дмитрович	Дмитро	лікар фізичної та реабілітаційної медицини Республіканського центру лікування та реабілітації наслідків нейротравми комунального підприємства «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради (за згодою);
ТРИГУБ Роман Ігорович		лікар фізичної та реабілітаційної медицини, старший лейтенант медичної служби, старший ординатор відділення раннього реабілітаційного втручання клініки відновлювального лікування та реабілітації Військово-медичного клінічного центру Західного регіону (за згодою);
БІЛЯНСЬКИЙ Юрійович	Олег	керівник Національного реабілітаційного центру «Незламні» комунального некомерційного підприємства «Львівське територіальне медичне об'єднання «Багатопрофільна клінічна лікарня інтенсивних методів лікування та швидкої медичної допомоги», фізичний терапевт, доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії Українського католицького університету (за згодою);
ХУДА Сергій Ігорович		керівник Центру гострої реабілітації, фізичний терапевт відокремленого підрозділу «Лікарня Святого Миколая» комунального некомерційного підприємства «Львівське територіальне медичне

КУХАРЕВИЧ Валентинівна	Руслана	об'єднання «Багатопрофільна клінічна лікарня інтенсивних методів лікування та швидкої медичної допомоги» (за згодою); фізична терапевтка комунального підприємства «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради (за згодою);
АМЕЛІНА Андріївна	Юлія	ерготерапевтка відділення відновлювального лікування клініки відновлювального лікування та реабілітації Військово-медичного клінічного центру Західного регіону, викладачка кафедри фізичної терапії та ерготерапії Українського католицького університету(за згодою);
КРАВЧУК Андріївна	Тетяна	ерготерапевтка відділення відновлювального лікування клініки відновлювального лікування та реабілітації Військово-медичного клінічного центру Західного регіону(за згодою);
ПЧОЛКІН Володимирович	Віталій	директор громадської організації «Всеукраїнське об'єднання осіб з інвалідністю «Група активної реабілітації» (за згодою);
ВІНТОНЯК Петрівна	Ольга	старша медична сестра Центру фізичної та реабілітаційної медицини комунального некомерційного підприємства «Обласна клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради» (за згодою);
РУДАКОВА Євгенівна	Наталя	викладач кафедри психічного і фізичного здоров'я комунального закладу вищої освіти Львівської обласної ради «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського» (за згодою);
ТРИФОНЮК Юріївна	Лілія	доктор філософії (PhD), лікар-уролог вищої категорії Рівненської обласної клінічної лікарні ім. Юрія Семенюка та комунального підприємства «Рівненський обласний протипухлинний центр» Рівненської обласної ради, доцент навчально-наукового інституту охорони здоров'я Національного університету водного господарства та природокористування (за згодою).

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

ГУЛЕНКО Іванівна	Оксана	заступник директора Департаменту – начальник управління стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.
---------------------	--------	---

Рецензенти:

ВЛАДИМИРОВ Олександр Аркадійович	завідувач кафедри реабілітаційної медицини, фізичної терапії та спортивної медицини Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор;
-------------------------------------	--

ЛАЗАРЄВА Олена Борисівна	завідувачка кафедри терапії та реабілітації Національного університету фізичного виховання і спорту України, професор кафедри терапії та реабілітації Національного університету фізичного виховання і спорту України, доктор наук з фізичного виховання та спорту, професор.
-----------------------------	---

Дата розробки Стандарту: 2025 року
Дата перегляду Стандарту: 2030 року

Паспортна частина

Назва діагнозу: Травма спинного мозку

Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

S14.0 Забій та набряк шийного відділу спинного мозку
 S14.1 Інші та неуточнені ушкодження шийного відділу спинного мозку
 S24.0 Забій та набряк грудного відділу спинного мозку
 S24.1 Інші та неуточнені травми грудного відділу спинного мозку
 S34.0 Забій та набряк поперекового відділу спинного мозку [мозкового конуса]
 S34.1 Інші травми поперекового відділу спинного мозку [мозкового конуса]
 S34.3 Травма кінського хвоста
 G82 Параплегія та тетраплегія
 T91.3 Наслідки травми спинного мозку
 T09.3 Травма спинного мозку, рівень неуточнений
 T06.0 Травми головного мозку та черепних нервів, поєднані з травмами спинного мозку та інших нервів в ділянці ший
 T06.1 Травми нервів та спинного мозку з залученням декількох інших ділянок тіла

Мета стандарту: забезпечення надання якісної, безперервної та ефективної реабілітаційної допомоги на всіх етапах надання пацієнтам з травмами спинного мозку (далі - TCM).

Цей Стандарт призначений для: фахівців у сфері охорони здоров'я, а також для пацієнтів із TCM, їх законних представників, зокрема, але не виключно: фахівців з реабілітації (лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, терапевтів мови і мовлення, протезистів-ортезистів, психологів, психотерапевтів, сестер/братів медичних з реабілітації, асистентів фізичних терапевтів та ерготерапевтів), лікарів-невропатологів, лікарів-терапевтів, лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів-нейрохірургів, лікарів-ортопедів-травматологів, лікарів-психіатрів, лікарів-психологів, лікарів-хірургів, соціальних працівників.

Стандарт реабілітаційної допомоги «Надання реабілітаційної допомоги при травмах спинного мозку» (далі – Стандарт) розроблено на основі адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах «Надання реабілітаційної допомоги при травмах спинного мозку», яка ґрунтується на принципах доказової медицини та реабілітації з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій.

Ознайомитися з Клінічною настановою, заснованою на доказах «Надання реабілітаційної допомоги при травмах спинного мозку» можна за посиланням https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

Загальна частина

Надання реабілітаційної допомоги пацієнтам із ТСМ спрямоване на забезпечення надання своєчасної і якісної реабілітаційної допомоги у необхідному обсягу для максимального відновлення рівня функціонування пацієнта з ТСМ та здійснюється в закладах охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) відповідного рівня, що надають спеціалізовану реабілітаційну допомогу в стаціонарних і амбулаторних умовах.

Реабілітаційна допомога пацієнтам із ТСМ має надаватись мультидисциплінарною реабілітаційною командою (далі – МДРК) або, у визначених законодавством випадках, фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу самостійно.

Надання реабілітаційної допомоги пацієнтам із ТСМ має бути злагодженим, скоординованим та якісно організованим процесом роботи всіх членів МДРК.

Реабілітаційна допомога пацієнтам із ТСМ розпочинається в гострому реабілітаційному періоді (з першого дня отримання травми пацієнтом) та продовжується в післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах.

Кожен етап надання реабілітаційної допомоги пацієнту з ТСМ повинен починатися первинним і завершуватись заключним реабілітаційними обстеженнями.

Надання реабілітаційної допомоги пацієнту з ТСМ залежить від його стану повсякденного функціонування наприкінці попереднього (гострого або післягострого) періоду надання реабілітаційної допомоги, що робить оцінювання (первинні і заключні) за результатами реабілітаційних обстежень вирішальними для визначення найбільш ефективного шляху до відновлення функціонування такого пацієнта.

За результатами обстеження пацієнта з ТСМ та оцінювання рівня його функціонування, складається індивідуальний реабілітаційний план (далі – ІРП). Фахівці з реабілітації повинні надати пацієнту та/або його законному представнику всю необхідну інформацію про стан здоров'я та обмеження рівня функціонування пацієнта. Чітке інформування пацієнта та/або його законних представників є важливим чинником, що сприяє успішному проходженню пацієнтом процесу реабілітації.

Розробка ІРП має відбуватись у співпраці з пацієнтом (та/або його законними представниками). При реалізації ІРП систематично має проводитись моніторинг, оцінювання рівня досягнення загальних мети і завдань, а також контроль перебігу реабілітаційного процесу, за результатами якого повинен здійснюватися перегляд загальних мети та завдань, вноситись відповідні коригування до ІРП.

Склад МДРК має змінюватись залежно від потреб пацієнта та етапу надання реабілітаційної допомоги. Члени МДРК повинні мати досвід роботи з пацієнтами з ТСМ.

Потреби у психологічній та соціальній допомозі у пацієнтів при ТСМ мають оцінюватись та вирішуватись як частина послуг під час надання реабілітаційної допомоги, повинні регулярно переглядатись протягом усього процесу надання реабілітаційної допомоги разом з ІРП.

Фахівці з реабілітації вносять медичну інформацію про реабілітаційну допомогу в центральну базу даних електронної системи охорони здоров'я (далі – система) відповідно до Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я», з урахуванням наявної технічної можливості. Медичні записи, що не підлягають внесенню в електронну систему охорони здоров'я (далі – ЕСОЗ) та/або до медичних інформаційних систем, але які є необхідними для надання реабілітаційної допомоги, ведуться в паперовій формі відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Лікуючим лікарем пацієнтів із ТСМ, які потребують реабілітації, протягом гострого реабілітаційного періоду є лікар-спеціаліст відповідно до основної патології, а протягом післягострого та довготривалого реабілітаційних періодів – лікар фізичної та реабілітаційної медицини (далі – лікар ФРМ).

ТСМ може призвести до значного обмеження повсякденного функціонування, тому ненадання та/або неналежне надання реабілітаційної допомоги, з високою ймовірністю, спричинить виникнення ускладнень, які охоплюють майже всі системи організму (нервова, серцево-судинна, сечовидільна, шлунково-кишкова, опорно-рухова, дихальна тощо) та призведуть до значної інвалідизації пацієнта з ТСМ.

Реабілітаційна допомога пацієнтам із ТСМ повинна бути зосереджена на відновленні та/або компенсації втрачених функцій, опануванні навичок, яких потребує пацієнт для незалежного повсякденного функціонування, а також на профілактиці виникнення вторинних ускладнень. Враховуючи тяжкість ТСМ, реабілітаційна допомога пацієнтам з такими травмами може надаватися протягом усього їх життя.

Розділ І. Надання реабілітаційної допомоги при ТСМ протягом гострого реабілітаційного періоду

1. Положення стандарту

Реабілітаційна допомога пацієнтам із ТСМ протягом гострого реабілітаційного періоду має надаватися за місцем перебування пацієнта в нереабілітаційних відділеннях ЗОЗ. Перед початком проведення реабілітації має бути отримана інформована згода пацієнта або його законного представника.

Реабілітаційна допомога пацієнтам із ТСМ протягом гострого реабілітаційного періоду має розпочинатись після запрошення лікуючим лікарем пацієнта фахівців з реабілітації – членів МДРК. Лікуючим лікарем пацієнта з ТСМ протягом гострого реабілітаційного періоду є лікар-спеціаліст.

Надання реабілітаційної допомоги повинно починатися з проведення первинного реабілітаційного обстеження (первинного огляду) лікарем ФРМ та фахівцями з реабілітації – членами МДРК.

Реабілітаційна допомога протягом гострого реабілітаційного періоду має починатись одразу після надходження пацієнта в ЗОЗ та надаватися паралельно

з медичною допомогою, а також має охоплювати заходи для профілактики ускладнень, пов'язаних із знерухомленням пацієнта з ТСМ.

Протягом гострого реабілітаційного періоду обсяг реабілітаційної допомоги є низьким. За потреби, цей обсяг може бути збільшений.

Направлення пацієнтів із ТСМ, які потребують реабілітації, між реабілітаційними періодами до іншого місця надання реабілітаційної допомоги за наявності обмежень повсякденного функціонування здійснюється відповідно до норм чинного законодавства.

Критерії завершення етапу надання реабілітаційної допомоги та направлення для надання реабілітаційної допомоги на наступний етап наведені в додатку 1 до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах (підпункт 1 пункт 4 розділу I), затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083, зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/38852.

Після завершення гострого реабілітаційного періоду члени МДРК проводять заключне реабілітаційне обстеження пацієнта, визначають зміни стану його повсякденного функціонування, стану досягнення ним завдань, встановлених під час первинного реабілітаційного обстеження, визначають реабілітаційний прогноз та планують подальшу реабілітаційну допомогу.

Для прийняття рішення щодо застосування реабілітаційного маршруту та направлення пацієнта з ТСМ, який потребує реабілітації на наступний етап надання реабілітаційної допомоги, лікар ФРМ використовує інструменти оцінювання функціонування осіб, які потребують реабілітаційної допомоги при ТСМ у гострому реабілітаційному періоді, зазначені у додатку 1 до цього Стандарту.

Інструменти оцінювання функціонування осіб, які потребують реабілітаційної допомоги при ТСМ у гострому реабілітаційному періоді, зазначені у додатку 1 до цього Стандарту, мають застосовуватись з урахуванням вікових обмежень, рівня розвитку та функціонування пацієнта.

Завершення етапу надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду, направлення пацієнта на наступні етапи надання реабілітаційної допомоги, або направлення на медсестринський догляд чи інші види медичної допомоги, а також визначення подальшого реабілітаційного маршруту пацієнта має відбуватись відповідно до норм чинного законодавства в сфері охорони здоров'я.

Рішення щодо направлення особи, яка потребує реабілітації при ТСМ на етап надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду оформлюють згідно з Формою відповідно до додатку 8 до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах (пункт 2 розділу III), затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083, зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/38852.

2. Обґрунтування положень стандарту

Надання реабілітаційної допомоги пацієнтам відразу або якомога раніше після отримання ними ТСМ є критично важливим. Раннє реабілітаційне втручання дозволяє знизити ступінь інвалідизації, скоротити тривалість госпіталізації, поліпшити рівень незалежного функціонування пацієнта та запобігти ускладненням, які можуть стати перешкодою або унеможливити подальший процес надання реабілітаційної допомоги.

Метою надання реабілітаційної допомоги пацієнтам із ТСМ у гострому періоді є профілактика ускладнень, ранній початок реабілітаційних заходів та формування підґрунтя для відновлення функцій з подальшим досягненням максимально можливої функціональної незалежності.

Для досягнення цієї мети необхідні дії: сформований ІПП (застосовані інструменти оцінювання функціонування, проведене опитування пацієнта та всі необхідні клінічні, інструментальні та функціональні обстеження); за наявності визначений тип болю (нейропатичний/ноцицептивний) та проведений менеджмент болю (PVA, 2020 — рівень B); пацієнт залучений до реалізації активних або пасивно-активних реабілітаційних втручань з метою профілактики ускладнень, пов'язаних із знерухомленням: рання вертикалізація за умови стабільного стану пацієнта (SCIRE, PVA, Can-SCIP — рівень B); позиціонування тіла (Can-SCIP, SCIRE 2021 — рівень A); проведена оцінка та контроль функцій тазових органів (Can-SCIP, ISCoS, PVA — рівень A – B); проведено респіраторну підтримку (дихальна гімнастика, аспірація секрету при потребі) (PVA, SCIRE — рівень B); призначено низькомолекулярні гепарини або механічну профілактику венозної тромбоемболії відповідно до стандартів (Can-SCIP, ACCP — рівень A); здійснені ранні пасивні рухи в суглобах (SCIRE, Can-SCIP — рівень B); забезпечено психологічну підтримку пацієнта та його родини (SCIRE, Can-SCIP — рівень C – D); проведено навчання родини (або доглядальника) догляду, профілактиці ускладнень, підтримки пацієнта (SCIRE, Can-SCIP — рівень C); забезпечено інформування пацієнта та/або його представника про етапи реабілітації, цілі відновлення, доступні сервіси – з урахуванням готовності пацієнта до сприйняття (SCIRE, Can-SCIP – рівень D).

3. Критерії якості

Обов'язкові:

- 1) забезпечити своєчасний початок надання реабілітаційної допомоги пацієнту з ТСМ – не пізніше 24-72 годин після стабілізації стану пацієнта;
- 2) забезпечити функціонування МДПК, до складу якої входять фахівці, які володіють компетентностями у сфері реабілітації при ТСМ, а саме: лікар ФРМ, фізичний терапевт, ерготерапевт, медична сестра з реабілітації, психолог, соціальний працівник, інші фахівці за потреби;
- 3) при проведенні первинного реабілітаційного обстеження лікуючий лікар зобов'язаний надати лікарю ФРМ повний обсяг медичної інформації про стан здоров'я пацієнта з ТСМ, що потребує реабілітації, планування його діагностичного та лікувального процесу, наявні медичні обмеження та застереження щодо надання реабілітаційної допомоги; за потреби лікар ФРМ

узгоджує з лікуючим лікарем обсяг додаткових діагностичних та лікувальних заходів, необхідних для надання реабілітаційної допомоги;

4) результати первинного реабілітаційного обстеження мають включати визначені членами МДРК завдання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду, необхідні реабілітаційні втручання, зокрема із зазначенням кількісної потреби у фахівцях з реабілітації, допоміжних засобів реабілітації (далі – ДЗР), медичних виробів та мають бути внесені до ІРП; рішення, прийняті МДРК, щодо конкретного пацієнта, включаючи оцінку його стану, визначення цілей, планування заходів та моніторинг прогресу фіксуються в ІРП, формі 044-1, в ЕСОЗ;

5) графік проведення реабілітаційних сесій пацієнту із ТСМ узгоджується із наданням йому медичної допомоги;

6) надати інформацію пацієнту та/або його законним представникам щодо очікуваних результатів надання реабілітаційної допомоги та наявності/відсутності потреб у постійному догляді, включаючи стратегії профілактики ускладнень; таке інформування може здійснюватися у різних формах, залежно від бажання пацієнта та його законних представників: усно, письмово, у цифровому форматі;

7) забезпечити належне оформлення І розділу ІРП;

8) провести оцінювання функціонування пацієнтів із ТСМ з використанням інструментів оцінювання функціонування осіб зазначених у додатку 1 до цього Стандарту не пізніше 72 годин після стабілізації стану та повторювати при зміні функціонального статусу і при виписці;

9) провести неврологічне обстеження пацієнта за Міжнародними стандартами неврологічної класифікації травми спинного мозку American Spinal Injury Association (ISNCSCI), що наведені у додатку 6 до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах (абзац другий пункту 4 розділу II), затверджене наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083, зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/38852 (із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02 грудня 2022 року № 2194), протягом 72 годин після госпіталізації, а також до та після операції; якщо стан пацієнта не дозволяє провести обстеження, то його проводять невідкладно після стабілізації стану;

10) пацієнтам із ТСМ забезпечити проведення щоденної програми профілактики ускладнень від знерухомлення (пролежнів, контрактур, венозної тромбоемболії, респіраторних ускладнень, тощо); потрібно якомога раніше забезпечити навчання/інформування пацієнта, спрямоване на вирішення вказаних вище проблем;

11) пацієнтам із ТСМ забезпечити проведення індивідуального режиму спорожнення сечового міхура (проводиться періодична катетеризація 4–6 разів/добу, або використовується постійний катетер (трансуретральний/надлобковий катетер), якщо періодична катетеризація неможлива), або наявне самостійне сечовипускання (при добровільному контролі пацієнтом) та випорожнення кишечника (рефлекторна евакуація,

пасивна евакуація) або самостійна дефекація (за наявності добровільного контролю);

12) за потреби забезпечити пацієнту нейрохірургічну стабілізацію травми хребта, що дозволяє його вертикалізувати;

13) забезпечити пацієнту раннє застосування необхідних допоміжних засобів реабілітації (далі – ДЗР) та асистивних технологій: здійснити підбір ортезів, крісел колісних, протипролежневих матрасів тощо;

14) здійснити навчання пацієнтів та/або їх законних представників навичкам самообслуговування, догляду за шкірою, профілактики контрактур;

15) пацієнту із ТСМ забезпечити оцінювання болю із застосуванням інструментів оцінювання, результати оцінки документуються;

16) менеджмент болю пацієнтам із ТСМ здійснювати за результатами проведення оцінки болю, відповідно до Стандарту медичної допомоги «Хронічний больовий синдром у дорослих та дітей», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06 квітня 2023 року № 643; пацієнту забезпечити застосування як фармакологічних, так і нефармакологічних заходів з менеджменту болю;

17) здійснити навчання пацієнтів та/або їх законних представників щодо догляду, гігієни, профілактики контрактур і догляду за шкірою;

18) забезпечити пацієнтам із ТСМ раннє виявлення та корекцію психоемоційних порушень, що виникають внаслідок травми; забезпечити проведення первинного скринінгу на депресію, тривожні розлади, зловживання психоактивними речовинами, і скринінг ризику суїцидальної поведінки; за результатами скринінгу пацієнтам (або законним представникам) надати психоемоційну підтримку та/або направити запит до фахівця з психічного здоров'я;

19) пацієнтів із ТСМ та/або їх законних представників інформувати про результати всіх проведених обстежень і втручань; надати письмові рекомендації щодо подальших реабілітаційних заходів відповідно до сформованого ІРП та, за потреби, щодо супутньої медичної допомоги у зв'язку з клінічно значущими супутніми захворюваннями;

20) за потреби забезпечити консультації інших лікарів-спеціалістів;

21) забезпечити можливість отримання супутніх послуг, які стосуються реінтеграції пацієнта з ТСМ у суспільство, зокрема шляхом залучення до роботи МДРК соціального працівника; соціальний працівник надає послуги з урахуванням стану функціонування пацієнта та його бажань;

22) критерії завершення етапу надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду:

- проведено нейрохірургічну стабілізацію травми хребта, що дозволяє вертикалізувати пацієнта;

- проведено зовнішню стабілізацію сполучених скелетних травм (за наявності) та надано письмові рекомендації щодо подальшої медичної допомоги при усіх інших сполучених травматичних ураженнях (за наявності);

- у пацієнта відсутні пролежні, застійні пневмонії та проводиться перемінна катетеризація сечового міхура;

- здійснено реабілітаційне оцінювання пацієнта відповідно до обстеження ISNCSCI та Короткої шкали дослідження психічного статусу (MMSE), шкали Ранчо Лос Амігос (у разі наявності сполученої важкої травми головного мозку), що наведені у додатку 6 до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах (абзац другий пункту 4 розділу II), затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083, зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/38852 (із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02 грудня 2022 року № 2194), та ці дані внесено до Форми прийняття рішення реабілітаційного маршруту при ТСМ після завершення етапу надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду;

- у особи, яка потребує реабілітації відсутні інфіковані рани або рани, для яких триває загоєння вторинним натягом, пов'язаних з первинною травмою та/або проведеним хірургічним втручанням;

- надано письмові рекомендації щодо подальшої медичної допомоги, пов'язаної із будь-якою клінічно значущою супутньою соматичною патологією;

- особа, яка потребує реабілітації не потребує цілодобового догляду лікаря-спеціаліста нереабілітаційного профілю.

Бажані:

23) впровадити систему систематичного збору та аналізу даних щодо результатів надання реабілітаційної допомоги пацієнтам із ТСМ, включаючи: рівень досягнення функціональних результатів, визначених в ІРП; рівень задоволеності пацієнтів (та/або законних представників) отриманими послугами; результати аналізу використовуються для вдосконалення внутрішніх протоколів, маршруту пацієнта та професійного розвитку членів МДРК;

24) надавати супровід пацієнтам із ТСМ після виписки з реабілітаційного відділення членами МДРК шляхом проведення онлайн-консультацій, застосування мобільних додатків, телефонного зв'язку або інших дистанційних засобів; супровід включає моніторинг дотримання режиму реабілітації, контроль за виконанням реабілітаційних втручань та заходів профілактики ускладнень.

Розділ II. Надання реабілітаційної допомоги при ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді

1. Положення стандарту

Реабілітаційна допомога протягом післягострого реабілітаційного періоду розпочинається відразу після завершення гострого реабілітаційного періоду та відповідає принципам послідовності та безперервності.

Лікуючим лікарем пацієнта в післягострому періоді є лікар ФРМ.

Реабілітаційна допомога пацієнтам із ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді надається стаціонарно та/або амбулаторно, за результатами застосування інструментів оцінювання функціонування осіб, які

потребують реабілітації при ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді, зазначених у додатку 2 до цього Стандарту.

Особу, яка потребує реабілітації, направляють для реабілітаційної допомоги у післягострому реабілітаційному періоді за результатами заключного реабілітаційного обстеження та результатами обговорення МДРК, проведеного членами МДРК наприкінці гострого реабілітаційного періоду.

Якщо протягом гострого реабілітаційного періоду реабілітаційна допомога не надавалася або якщо після його закінчення пацієнт із ТСМ направлявся для забезпечення медсестринського догляду, то такий пацієнт може бути направлений для надання реабілітаційної допомоги лікуючим лікарем або лікарем, що надає первинну медичну допомогу, однак рішення щодо початку надання реабілітаційної допомоги приймається лікарем ФРМ за результатами первинного реабілітаційного обстеження, до якого за потреби можуть бути залучені інші необхідні фахівці з реабілітації.

У стаціонарних реабілітаційних закладах та відділеннях післягострої та довготривалої реабілітації у ЗОЗ надається реабілітаційна допомога високого обсягу з метою забезпечення необхідної кількості щоденних реабілітаційних сесій, які сприятимуть швидкому досягненню пацієнтом із ТСМ завдань реабілітації, зазначених в ІРП.

Перелік протипоказань для надання реабілітаційної допомоги високого обсягу особі, яка потребує реабілітації, у стаціонарному відділенні післягострої та довготривалої реабілітації, затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 травня 2023 року № 915, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 07 липня 2023 року за № 1160/40216:

- гострі інфекційні захворювання;
- активна стадія усіх форм туберкульозу;
- гнійні захворювання шкіри, інфекційні шкірні захворювання (короста, грибкові захворювання);
- декомпенсовані соматичні захворювання: ендокринні захворювання (цукровий діабет, патологія щитоподібної залози); печінкова, підшлункова недостатність III ступеня; ускладнені шлуночкові аритмії, серцева недостатність IV ф. кл. за NYHA; дихальна недостатність III ступеня;
- геморагічний синдром із частими та/або інтенсивними кровотечами незалежно від етіології, важка анемія (рівень гемоглобіну менше 80 г/л);
- лихоманка або субфебрильна лихоманка невідомого походження;
- психічні захворювання та інші розлади вищої нервової діяльності, які потребують спеціального нагляду та унеможливають продуктивний контакт з хворими;
- гострий тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок, тромбоемболія легеневої артерії.

В амбулаторних реабілітаційних закладах і відділеннях ЗОЗ протягом післягострого реабілітаційного періоду, при проходженні домашньої реабілітації або реабілітації у територіальній громаді обсяг реабілітаційної допомоги визначається відповідно до загальних мети та завдань реабілітації, зазначених в ІРП пацієнта. При наданні реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах

(зокрема у вигляді домашньої реабілітації) фахівцем з реабілітації самостійно обсяг цієї допомоги є низьким.

Зміни до загальних мети та завдань, визначених за результатами первинного реабілітаційного обстеження, вносяться до ІРП після загального обговорення на щотижневих зборах членів МДРК.

Тривалість надання реабілітаційної допомоги у післягострому реабілітаційному періоді залежить від строків досягнення визначених мети та завдань реабілітації.

Перед закінченням післягострого реабілітаційного періоду члени МДРК проводять заключне реабілітаційне обстеження пацієнта та визначають зміни стану його повсякденного функціонування, стану досягнення завдань, визначених під час первинного реабілітаційного обстеження, визначають реабілітаційний прогноз та планують подальшу реабілітаційну допомогу.

Якщо після надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах протягом післягострого реабілітаційного періоду, пацієнт досяг стану повсякденного функціонального функціонування, що відповідає критеріям направлення на етап надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах протягом післягострого реабілітаційного періоду, то пацієнт із ТСМ має бути направлений для продовження надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду в амбулаторних умовах.

Якщо пацієнт із ТСМ, що отримує медсестринський догляд та реабілітаційну допомогу низького обсягу, досягає стану повсякденного функціонування, що відповідає критеріям етапу надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних або амбулаторних умовах протягом післягострого реабілітаційного періоду, то він може бути направлений для подальшого надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду відповідно в стаціонарних або амбулаторних умовах.

При досягненні пацієнтом стану функціонування, який потребує надання лише одного виду реабілітаційних терапевтичних втручань (фізичної терапії чи ерготерапії), надання реабілітаційної допомоги в післягострому реабілітаційному періоді продовжується фахівцем з реабілітації, який надає допомогу самостійно відповідно до вимог чинного законодавства.

Забезпечення інформування та навчання пацієнта та/або його законних представників є відповідальністю МДРК. У випадку надання реабілітаційної допомоги фахівцем, який надає реабілітаційну допомогу самостійно, такий обов'язок покладається на цього фахівця.

Після завершення етапу надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду пацієнтам із ТСМ, лікуючий лікар приймає рішення про завершення надання реабілітаційної допомоги або направлення на подальше надання реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду у вигляді періодичної підтримуючої реабілітації відповідно до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083, зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/38852.

Критерії завершення етапу надання реабілітаційної допомоги та направлення для надання реабілітаційної допомоги на наступний етап наведені в додатку 1 до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах (підпункт 1 пункт 4 розділу І), затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083.

Після завершення надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду пацієнт може бути направлений для надання реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду у вигляді періодичної підтримуючої реабілітації.

2. Обґрунтування положень стандарту

Післягострий період реабілітаційної допомоги є критично важливим для можливого відновлення нейромоторних функцій пацієнтів із ТСМ, оскільки саме в цей час спостерігається максимальна нейропластичність та активне формування компенсаторних механізмів. Використання цього «вікна можливостей» сприяє максимально ефективному функціональному відновленню пацієнта.

Формування стратегії самостійності та незалежності пацієнта з ТСМ має починатись одразу після завершення гострого реабілітаційного періоду.

Реабілітація повинна бути спрямована на покращення функціонування пацієнта з урахуванням його потреб.

Метою забезпечення надання реабілітаційної допомоги пацієнту з ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді є досягнення максимально можливого рівня функціональної незалежності, активної участі в житті суспільства та покращення якості життя шляхом міждисциплінарної реабілітації, орієнтованої на індивідуальні потреби (SCIRE 2021, Can-SCIP – рівень А); попередження ускладнень, пов'язаних із втратою рухової, сенсорної та вегетативної функцій (конtrakтури, пролежні, інфекції, остеопороз тощо) (PVA 2021, Can-SCIP, SCIRE); формування навичок самодогляду, мобільності, користування ДЗР та асистивними технологіями (Can-SCIP, SCIRE 2021 – рівень В); забезпечення психоемоційної стабільності та підтримки мотивації до активної участі в реабілітаційному процесі (Can-SCIP, SCIRE); поступова підготовка до переходу в хронічний період із налагодженням реабілітаційного супроводу на рівні громади (Can-SCIP, SCIRE, ISCoS – рівень В).

Необхідні дії для досягнення цієї мети: формування МДПК ІРП із урахуванням результатів комплексного обстеження пацієнта, включаючи клінічну, інструментальну та функціональну оцінку; залучення пацієнта до процесу планування, реалізації та моніторингу реабілітації, включаючи участь у визначенні цілей та виборі стратегій досягнення результатів (SCIRE, Can-SCIP – рівень В); забезпечення доступу пацієнта до навчання з питань самодогляду, переміщення, користування допоміжними засобами реабілітації (ДЗР) та асистивними технологіями (АТ), профілактики ускладнень, а також надається психосоціальна підтримка (Can-SCIP, PVA 2021 – рівень А); реабілітаційні втручання з доведеною ефективністю: функціональні тренування ходьби (при

наявному потенціалі), пересування (SCIRE, Can-SCIP – рівень B), тренування сили, витривалості, рівноваги та координації (SCIRE, Can-SCIP – рівень B-C), навчання самообслуговуванню (SCIRE – рівень C), навчання користуванню технічними засобами реабілітації (SCIRE – рівень B); забезпечення психологічної підтримки, нейропсихологічної допомоги та мотивації до участі в реабілітаційному процесі (SCIRE 2021, Can-SCIP – рівень B); забезпечувати комплексну підтримку сексуального та репродуктивного здоров'я пацієнтів із TCM відповідно до їхніх індивідуальних потреб (SCIRE 2021, Can-SCIP, PVA 2021 – рівень C-D); підготовка до переходу в довготривалий період через раннє планування виписки, соціалізації, ресоціалізації та підтримку на рівні громади, включаючи скерування до амбулаторних та спільнотних програм реабілітації (Can-SCIP, ISCoS – рівень B).

3. Критерії якості

Обов'язкові:

- 1) забезпечити функціонування МДРК, до складу якої входять фахівці, які володіють компетентностями у сфері реабілітації при TCM, а саме: лікар ФРМ, фізичний терапевт, ерготерапевт, медична сестра з реабілітації, психолог, соціальний працівник, інші фахівці за потреби;
- 2) забезпечити наявність належно оформленого II розділу ІРП, узгодженого з пацієнтом та членами його сім'ї/доглядальниками;
- 3) при наявності у пацієнта з TCM пролежнів та/або застійної пневмонії, інших станів, які унеможливають надання реабілітаційної допомоги високого обсягу в стаціонарних умовах, пацієнту забезпечити лікування ускладнень, у відділенні, яке відповідає профілю виявленого ускладнення;
- 4) оцінювання стану повсякденного функціонування пацієнтів із TCM здійснювати при їх надходженні в реабілітаційне відділення/початку реабілітаційного циклу в амбулаторних умовах та проводити при кожній зміні стану його функціонування, відповідно до законодавства і з використанням інструментів оцінювання функціонування осіб, які потребують реабілітації при TCM у післягострому реабілітаційному періоді, зазначеними у додатку 2 до цього Стандарту;
- 5) за результатами первинного реабілітаційного обстеження членами МДРК складається ІРП, що містить загальні мету та завдання реабілітації з визначенням часу їх досягнення, перелік необхідних реабілітаційних заходів, потреби у кількості фахівців з реабілітації та у соціальному працівнику, реабілітаційному та іншому обладнанні; після затвердження ІРП кожен фахівець з реабілітації, залучений до надання реабілітаційної допомоги пацієнту з TCM, в межах своєї компетенції самостійно складає програму терапії, реалізує та оцінює досягнення пацієнтом реабілітаційних завдань, зазначених в ІРП; одночасно визначається потреба у ДЗР та медичних виробках;
- 6) рішення, прийняті МДРК, щодо конкретного пацієнта, включаючи оцінку його стану, визначення цілей, планування заходів та моніторинг прогресу фіксувати в ІРП, формі № 044-1, в ЕСОЗ;

7) лікар ФРМ або інший член МДРК, який виявив при госпіталізації пацієнта з ТСМ, що потребує реабілітації, пролежні та/або застійну пневмонію, повинен негайно поінформувати керівника ЗОЗ;

8) керівник ЗОЗ, в який поступив пацієнт з ТСМ, що потребує реабілітації, з пролежнями та/або застійною пневмонією, протягом трьох робочих днів повинен поінформувати Національну службу здоров'я України про дефекти надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду за формою, що наведена в додатку 7 до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах (пункт 7 розділу II) затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083, зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/38852;

9) забезпечити щоденне проведення індивідуальних реабілітаційних сесій з документуванням в ЕСОЗ чи у паперовій формі;

10) фіксується приріст щонайменше -10 балів за Шкалою незалежності при травмі спинного мозку – SCIM IV протягом 4-12 тижнів надання пацієнту з ТСМ реабілітаційної допомоги (для пацієнтів з неповною травмою або з наявним відповідним функціональним потенціалом);

11) пацієнту без/або з низьким функціональним потенціалом (пацієнти з повною травмою, пацієнти з AIS A, пацієнти з високим рівнем ТСМ) забезпечити здобуття незалежності через компенсовану участь (навчений здійснювати догляд самостійно чи керувати доглядом за собою, коли догляд здійснюється іншою особою надаючи інструкції);

12) пацієнту забезпечити участь у формуванні ІРП;

13) пацієнтам із ТСМ забезпечити досягнення покращення функціонального статусу (у разі наявності функціонального потенціалу) або здобуття компенсованої незалежності шляхом навчання самообслуговуванню або управлінню доглядом (у разі повної травми або високого рівня ураження); реабілітаційні заходи визначаються та реалізуються МДРК відповідно до ІРП;

14) пацієнту забезпечити підбір необхідних ДЗР відповідно до його потреб із застосуванням інструментів оцінювання функціонування осіб, які потребують реабілітації при ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді, зазначених у додатку 2 до цього Стандарту;

15) наявність доказів (документи з підписами пацієнта/його законного представника) того, що пацієнт та/або особа, яка здійснюватиме догляд, отримали повний обсяг рекомендацій щодо подальшого забезпечення ДЗР та навчені користуванню кожним з призначених ДЗР; забезпечити проведення функціонального тестування користування ДЗР в умовах реабілітаційного відділення або підрозділу ЗОЗ;

16) пацієнту забезпечити проведення моніторингу його потреб у психологічній та соціальній допомозі; проводити скринінг щодо розладів ментального здоров'я, вживання психоактивних речовин та ризику суїциду;

17) в надання реабілітаційної допомоги пацієнту, за потреби, включити його забезпечення спеціальними втручаннями для подолання депресії, тривоги, зловживання психоактивними речовинами та болю;

18) пацієнта та особ, які здійснюють догляд за ним, забезпечити інформацією та навчанням щодо питань автономної дисрефлексії (далі – АД) (основні симптоми, тригери, порядок дій при АД) відповідно до наявної інструкції у ЗОЗ;

19) пацієнту забезпечити реалізацію менеджменту нейрогенного сечового міхура та обрати індивідуальний режим спорожнення сечового міхура (проводиться періодична катетеризація 4–6 разів/добу, або використовується постійний катетер (якщо періодична катетеризація неможлива), або наявне самотійне сечовипускання (при добровільному контролі пацієнтом); пацієнта навчити розпізнавати ознаки інфекції нижніх сечовивідних шляхів (НСВШ);

20) пацієнта забезпечити реалізацією менеджменту нейрогенного кишківника та вибрати індивідуальний режим випорожнення кишківника (рефлекторна евакуація, пасивна евакуація) або самотійну дефекацію (за наявності добровільного контролю пацієнтом);

21) пацієнту надати інформацію та забезпечити навчання щодо самотійного контролю харчування і дотримання режиму фізичної активності для попередження кардіометаболічного захворювання;

22) пацієнту забезпечити реалізацію менеджменту нейропатичного болю: регулярний скринінг та оцінку болю з використанням Візуальної аналогової шкали (VAS); застосовувати комплексний підхід до знеболення: фармакологічні методи та нефармакологічні втручання;

23) пацієнтам із TCM на рівні Th12 і вище забезпечити систематичний менеджмент респіраторної системи з метою профілактики гіповентиляції та пневмонії, підтримки дихальної функції та мобілізації секрету дихальних шляхів;

24) пацієнту забезпечити менеджмент пролежнів: проводити скринінг ризику розвитку пролежнів упродовж перших 24 годин після госпіталізації з використанням шкали Брейдена; здійснювати щоденний огляд шкіри з документуванням змін та ризикових зон; відсутність появи нових пролежнів 2-4 ступеня або регресія наявних пролежнів у пацієнтів;

25) у пацієнта визначити та зафіксувати зони ризику виникнення контрактур; щоденно проводити вправи на розтягнення, використовувати шини/ортези;

26) пацієнтам забезпечити призначення та проведення профілактики тромбоутворень (фармакологічна і фізична); наявність документації щодо проведення антикоагулянтної терапії; відсутні клінічно виявлені венозні тромбоемболії;

27) пацієнту проводити оцінку ризику остеопенії/остеопорозу; призначати та проводити програму навантаження та вертикалізації для зменшення ризику остеопенії/остеопорозу;

28) пацієнту з TCM забезпечити реалізацію менеджменту спастичності, що включає щонайменше щотижневий моніторинг її проявів з використанням інструменту оцінювання — Модифікованої шкали спастичності Ашворта (MAS);

29) інформувати пацієнта про результати всіх обстежень;

30) інформувати пацієнта та навчати його незалежності протягом всього післягострого періоду реабілітації; навчання є безперервним і повинно систематично повторюватися і поглиблюватися, щоб відповідати потребам пацієнта, які постійно змінюються;

31) наявні докази використання інструментів для скринінгу та оцінювання функціонування осіб, які потребують реабілітації при ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді, вказаних у додатку 2 до цього Стандарту;

32) при наданні допомоги фахівцем з реабілітації, який надає реабілітаційну допомогу самостійно, регулярно переглядати програму терапії відповідно до потреб пацієнта;

33) проводити систематичний моніторинг потреб пацієнта у психологічній, соціальній допомозі та здійснювати інформування пацієнта та/або його законних представників щодо різних аспектів реабілітації;

34) забезпечити можливість отримання супутніх послуг, які стосуються реінтеграції у суспільство пацієнта з ТСМ, зокрема шляхом залучення до роботи МДРК соціального працівника; соціальний працівник надає послуги з урахуванням стану функціонування пацієнта та його бажання повернутися до освіти, працевлаштування, участі в громадському житті, тощо;

35) критерії завершення надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду:

- пацієнт оволодів навичками користування кріслом колісним та його забезпечено кріслом колісним, яке підібрано та налаштовано для індивідуального користування цим пацієнтом (у разі відсутності можливості функціональної ходи);

- пацієнт навчений принципам менеджменту нейрогенного сечового міхура та кишечника (у разі наявності порушень функції тазових органів);

- доглядачі навчені наданню допомоги пацієнтові та пацієнта забезпечено кріслом колісним, яке підібрано та налаштовано для індивідуального користування цим пацієнтом (у разі повної тетраплегії);

- пацієнт оволодів базовими функціями самообслуговування;

- пацієнту надано повний обсяг рекомендацій щодо подальшого забезпечення іншими допоміжними засобами реабілітації, пацієнт навчений їх користуванню;

- пацієнту надано рекомендації щодо пристосування житла (у разі потреби).

Бажані:

36) наявність в ЗОЗ спеціалізованого спінального реабілітаційного відділення з фахівцями, які мають відповідний досвід роботи з пацієнтами з ТСМ;

37) систематично здійснювати збір даних про результати надання реабілітаційної допомоги пацієнтам із ТСМ, про рівень задоволеності пацієнта цією допомогою та аналізувати результати з метою напрацювання методик покращення якості надання реабілітаційної допомоги;

38) надавати супровід пацієнту членами МДРК після виписки за допомогою проведення онлайн-консультацій або використання мобільних

додатків для підтримки мотивації, контролю за дотриманням режиму, вжиття заходів для профілактики ускладнень, тощо;

39) надавати пацієнту підтримку фахівцями груп «рівний-рівному».

Розділ III. Надання реабілітаційної допомоги при ТСМ протягом довготривалого реабілітаційного періоду

1. Положення стандарту

Реабілітаційна допомога протягом довготривалого реабілітаційного періоду полягає у наданні періодичної підтримуючої реабілітаційної допомоги.

Практична організація надання реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду в стаціонарних або амбулаторних умовах повинна здійснюватись відповідно до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083, зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/38852.

Відповідно до додатку 9 до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах (пункт 3 розділу III) заповнюється Форма рішення щодо направлення особи, яка потребує реабілітації при ТСМ, на етап надання реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду.

Реабілітаційна допомога може надаватися в стаціонарних або амбулаторних реабілітаційних закладах, відділеннях, підрозділах, фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу самостійно, а також у вигляді домашньої реабілітації або реабілітації у територіальній громаді. У разі надання стаціонарної реабілітаційної допомоги її обсяг має бути високим.

При прийнятті рішення МДРК про необхідність надання реабілітаційної допомоги фахівцем з реабілітації самостійно, лікар ФРМ формує направлення на реабілітаційну допомогу.

Загальні мета та завдання надання реабілітаційної допомоги мають залежати від стану функціонування пацієнта з ТСМ і мають бути спрямовані на запобігання втраті та/або уповільненню втрати, та/або підтримку, та/або компенсацію, та/або покращення, або відновлення повсякденного функціонування пацієнта з ТСМ з урахуванням його потреб та бажань і зазначаються в ІРП.

У разі виникнення загострень стану здоров'я з хронічним перебігом, організація надання реабілітаційної допомоги здійснюється відповідно до правил надання реабілітаційної допомоги у гострому періоді. Відповідна інформація про зміни функціонування пацієнта з ТСМ вноситься до ІРП.

При відсутності у пацієнта з ТСМ обмежень повсякденного функціонування, надання реабілітаційної допомоги завершується.

Реабілітаційна допомога пацієнтам із ТСМ в довготривалому періоді надається з урахуванням результатів застосування інструментів оцінювання

функціонування осіб, які потребують реабілітації при ТСМ у довготривалому реабілітаційному періоді, зазначених у додатку 3 до цього Стандарту.

У стаціонарних реабілітаційних закладах та відділеннях ЗОЗ надається реабілітаційна допомога високого обсягу з метою забезпечення необхідної кількості щоденних реабілітаційних сесій, які сприятимуть швидкому досягненню пацієнтом із ТСМ завдань і цілей реабілітації, зазначених в ІРП.

Перелік протипоказань для надання реабілітаційної допомоги високого обсягу особі, яка потребує реабілітації, у стаціонарному відділенні післягострої та довготривалої реабілітації, затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 травня 2023 року № 915, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 07 липня 2023 року за № 1161/40217:

- гострі інфекційні захворювання;
- активна стадія усіх форм туберкульозу;
- гнійні захворювання шкіри, інфекційні шкірні захворювання (короста, грибкові захворювання);
- декомпенсовані соматичні захворювання: ендокринні захворювання (цукровий діабет, патологія щитоподібної залози); печінкова, підшлункова недостатність III ступеня; ускладнені шлуночкові аритмії, серцева недостатність IV ф. кл. за NYHA; дихальна недостатність III ступеня;
- геморагічний синдром із частими та/або інтенсивними кровотечами незалежно від етіології, важка анемія (рівень гемоглобіну менше 80 г/л);
- лихоманка або субфебрильна лихоманка невідомого походження;
- психічні захворювання та інші розлади вищої нервової діяльності, які потребують спеціального нагляду та унеможливають продуктивний контакт з хворими;
- гострий тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок, тромбоемболія легеневої артерії.

В амбулаторних реабілітаційних закладах і відділеннях ЗОЗ протягом довготривалого реабілітаційного періоду, при проходженні домашньої реабілітації або реабілітації у територіальній громаді обсяг реабілітаційної допомоги визначається відповідно до загальних мети та завдань реабілітації, зазначених в ІРП пацієнта. При наданні реабілітаційної допомоги фахівцем з реабілітації самотійно обсяг цієї допомоги є низьким.

Після завершення етапу надання реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду пацієнту з ТСМ, приймається рішення про завершення надання реабілітаційної допомоги, або направлення на подальше надання реабілітаційної допомоги відповідно до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083, зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/38852.

2. Обґрунтування положень стандарту

Метою надання реабілітаційної допомоги у довготривалому періоді пацієнтам із ТСМ є профілактика ускладнень і вторинних станів, що можуть

набути хронічного перебігу; досягнення максимально можливої функціональної незалежності у повсякденному житті; формування та підтримання навичок ефективного користування допоміжними засобами реабілітації (ДЗР); а також — за наявності відповідних цілей в ІРП — сприяння поверненню до активної участі в житті громади.

Реабілітація має бути спрямована на покращення рівня функціонування і задоволення потреб пацієнта. Пацієнту має бути забезпечений весь необхідний комплекс реабілітаційних втручань, об'єм яких має відповідати його потребам. Пацієнт повинен заохочуватись до активної реабілітації.

Необхідні дії для досягнення цієї мети: регулярний перегляд ІРП з урахуванням змін у стані пацієнта, результатів оцінки функціонування (застосування стандартизованих інструментів, опитувальників, діагностичних обстежень) а у випадку надання реабілітаційної допомоги фахівцем з реабілітації самостійно — програма терапії (Can-SCIP 2021; SCIRE 2022 — рівень B); перегляд підходів до менеджменту болю, у тому числі медикаментозних та немедикаментозних стратегій, з урахуванням динаміки симптомів (PVA 2021; SCIRE 2022 — рівень A); залучення пацієнта до активної реабілітації з метою профілактики контрактур та формування навичок користування ДЗР (SCIRE, Can-SCIP — рівень A); моніторинг потреб у психологічній та соціальній підтримці, із подальшим залученням відповідних спеціалістів (Can-SCIP — рівень B); інформування пацієнта щодо цілей та етапів реабілітації, навичок ефективного користування ДЗР, профілактики ускладнень, можливостей повернення до активного життя в громаді (Can-SCIP; WHO ICF — рівень A); навчання пацієнта з ТСМ навичкам самодогляду, розуміння плану реабілітації, власних прав та доступних ресурсів (SCIRE, Can-SCIP — рівень A).

3. Критерії якості

Обов'язкові:

1) у ЗОЗ, які надають реабілітаційну допомогу, наявні докази комунікацій між фахівцями, залученими до надання допомоги пацієнту з ТСМ (включаючи хірургічну, реабілітаційну, з лікарями, що надають первинну медичну допомогу, та на рівні громади);

2) рішення, прийняті МДРК, щодо кожного пацієнта з ТСМ, фіксувати в ІРП, формі 044-1, в ЕСОЗ; забезпечити належне оформлення III розділу ІРП за участю пацієнта;

3) регулярно здійснювати оцінку рівня незалежності пацієнтів із ТСМ з використанням інструментів оцінювання функціонування за шкалою SCIM IV;

4) здійснювати контроль щодо відсутності у пацієнтів пролежнів другого і вищого ступенів, інфекції НСВШ та венозної тромбоемболії;

5) здійснювати щорічний огляд пацієнта з ТСМ членами МДРК або фахівцем з реабілітації, який надає реабілітаційну допомогу самостійно (за потреби, огляд пацієнта здійснюється частіше);

6) пацієнтів та/або осіб, які здійснюють догляд, навчати користуванню призначеними ДЗР та асистивними технологіями відповідно до потреб (крісла

колісні, подушки, ортези, підйомники тощо); навчати навичкам самостійного щоденного догляду, профілактики ускладнень;

7) пацієнту забезпечити проведення моніторингу його потреб у психологічній та соціальній допомозі;

8) надавати допомогу для подолання депресії, тривоги, зловживання психоактивними речовинами та болю, проводити скринінг щодо розладів ментального здоров'я, вживання психоактивних речовин та ризику суїциду;

9) щорічно здійснювати оцінку якості життя за опитувальником WHOQOL-BREF;

10) пацієнта інформувати про результати всіх обстежень;

11) наявні докази використання інструментів для скринінгу та оцінювання функціонування осіб, які потребують реабілітації при ТСМ у довготривалому реабілітаційному періоді, вказаних у додатку 3 до цього Стандарту;

12) у формі № 044-1 документувати результат оцінки больового синдрому із зазначенням інструменту оцінювання VAS;

13) здійснювати щорічну перевірку ефективності наявних в пацієнта ДЗР та, за потреби, їх модернізацію;

14) забезпечити пацієнта доступом до актуальної інформації про його права, пільги, механізми захисту (через фахівця або друковані матеріали).

Бажані:

15) надавати доступ пацієнту до онлайн-консультацій з фахівцем з реабілітації (не рідше 1 разу на 6 місяців);

16) надавати можливість пацієнту бути учасником або мати комунікацію з місцевими/національними спільнотами людей з ТСМ;

17) надавати пацієнту підтримку фахівцями груп «рівний-рівному».

Індикатори якості реабілітаційної допомоги

Перелік індикаторів якості реабілітаційної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надають спеціалізовану реабілітаційну допомогу, клінічного маршруту пацієнта з ТСМ.

2. Наявність документації: ІРП, форма № 044-1 для пацієнтів із ТСМ.

3. Частка пацієнтів із ТСМ, яким було проведено оцінювання функціонування з застосуванням інструментів оцінювання функціонування за шкалою SCIM IV.

4. Досягнення пацієнтом із ТСМ цілей, визначених у індивідуальному реабілітаційному плані.

5. Відсутність повторної госпіталізації пацієнтів через пролежні, інфекції сечовидільної системи або інші ускладнення, асоційовані з ТСМ (у межах 30 днів).

Паспорти індикаторів якості реабілітаційної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надають спеціалізовану реабілітаційну допомогу, клінічного маршруту пацієнта з ТСМ.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор відображає організаційний аспект запровадження сучасного клінічного маршруту пацієнта (далі – КМП) в регіоні. Якість реабілітаційної допомоги пацієнтам із ТСМ, відповідність надання реабілітаційної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному Стандарту, ефективність втручань даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу зазначених аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 90%;

2026 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ або установа, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають реабілітаційну допомогу, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають реабілітаційну допомогу, у яких затверджено КМП пацієнта з ТСМ.

Джерелом інформації є КМП пацієнта з ТСМ, наданий ЗОЗ, що надають реабілітаційну допомогу.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають реабілітаційну допомогу.

Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості ЗОЗ, що надають реабілітаційну допомогу.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Наявність документації: ІРП, форма № 044-1 для пацієнтів із ТСМ.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор відображає наскільки системно та своєчасно ЗОЗ, що надають реабілітаційну допомогу пацієнтам із ТСМ, розробляють і документують ІРП, форму № 044-1 для пацієнтів із ТСМ (чи створено МДРК; чи здійснено первинне оцінювання функціонування пацієнта з ТСМ; визначено реалістичні цілі реабілітації; чи враховано необхідність залучення окремих фахівців з реабілітації

та інших фахівців сфери охорони здоров'я; чи пацієнт отримав інформовану згоду і чи враховано його побажання; чи скоординована між етапами реабілітаційна допомога). Індикатор свідчить про персоналізований підхід до надання реабілітаційної допомоги пацієнтам із ТСМ; про системність дій усієї МДРК; про орієнтацію на функціональний результат, про дотримання вимог цього Стандарту та нормативних документів.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 90%;

2026 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ або установа, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають реабілітаційну допомогу пацієнтам із ТСМ, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають реабілітаційну допомогу пацієнтам із ТСМ. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів із ТСМ, яким складено ІРП, форму № 044-1.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів із ТСМ, які отримували реабілітаційну допомогу.

Джерелом інформації є форма № 044-1, ІРП, ЕСОЗ.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

3. Частка пацієнтів із ТСМ, яким було проведено оцінювання функціонування з застосуванням інструментів оцінювання функціонування за шкалою SCIM IV.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор характеризує процес діагностики рівня обмежень функціонування та оцінки ефективності реабілітаційних послуг при наданні реабілітаційної допомоги. Проведення оцінки має бути здійснене до початку активної реабілітації та після завершення кожного з етапів надання реабілітаційної допомоги пацієнтам із ТСМ (гострий, післягострий, довготривалий).

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 90%;

2026 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ або установа, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають реабілітаційну допомогу пацієнтам із ТСМ, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають реабілітаційну допомогу пацієнтам із ТСМ. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів із ТСМ, яким проведено оцінювання функціонування за шкалою SCIM IV. Джерелом інформації є ІРП у паперовому або електронному вигляді, форми оцінювання функціонування інструментів оцінювання функціонування, ЕСОЗ.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів із ТСМ, які отримували реабілітаційну допомогу.

Джерелом інформації є ІРП, форма № 044-1, ЕСОЗ.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

4. Досягнення пацієнтом із ТСМ цілей, визначених у індивідуальному реабілітаційному плані.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор відображає рівень оцінки досягнення цілей, визначених в ІРП. Оцінювання результатів досягнення цілей ІРП здійснюється із застосуванням інструментів оцінювання функціонування осіб, які потребують реабілітації при ТСМ у довготривалому реабілітаційному періоді, вказаних у додатку 3 до цього Стандарту. Якщо ІРП не містить конкретних або вимірюваних цілей - пацієнт із ТСМ не включається до розрахунку. Досягнення цілей мають бути підтверджені застосуванням відповідних інструментів оцінювання функціонування або спостереженням команди та фіксуватись у ІРП/формі № 044-1/ЕСОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 90%;

2026 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ або установа, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають реабілітаційну допомогу пацієнтам із ТСМ, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають допомогу пацієнтам з ТСМ. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з досягнутими цілями понад 80%.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з ТСМ, які мають ІРП.

Джерелом інформації є ІРП, форма № 044-1, ЕСОЗ.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

5. Відсутність повторної госпіталізації пацієнтів через пролежні, інфекції сечовидільної системи або інші ускладнення, асоційовані з ТСМ (у межах 30 днів).

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор відображає ефективність та безпеку організації процесу надання реабілітаційної допомоги пацієнтам із ТСМ; своєчасність виявлення та мінімізації ризиків ускладнень; якість організації переходу пацієнта між різними етапами надання реабілітаційної допомоги; наявність чи відсутність проведення навчання пацієнта з ТСМ/законних представників чи осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом із ТСМ, щодо профілактики ускладнень. Якщо пацієнт був госпіталізований повторно з іншої причини (наприклад, планова операція, соціальні чинники) - він не враховується в знаменнику. У госпіталізації, що сталась через ускладнення, прямо пов'язані з попереднім етапом надання реабілітаційної допомоги - пацієнт враховується як випадок повторної госпіталізації з негативним результатом.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 90%;

2026 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ або установа, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають реабілітаційну допомогу пацієнтам із ТСМ, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від

ЗОЗ, що надають допомогу пацієнтам із ТСМ. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Чисельник індикатора складає кількість пацієнтів, які не були повторно госпіталізовані через ускладнення.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з ТСМ, які були виписані з реабілітаційного відділення/підрозділу.

Джерелом інформації є ІРП, форма № 044-1, ЕСОЗ.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Ресурсне забезпечення виконання стандарту

Кадрові ресурси

Надання реабілітаційної допомоги пацієнтам при ТСМ забезпечується фахівцями з реабілітації, які входять до складу МДРК, зокрема, але не виключно:

- 1) лікарями ФРМ;
- 2) фізичними терапевтами;
- 3) ерготерапевтами;
- 4) терапевтами мови і мовлення;
- 5) протезистами-ортезистами;
- 6) психологами, психотерапевтами;
- 7) сестрами/братами медичними з реабілітації;
- 8) асистентами фізичних терапевтів;
- 9) асистентами ерготерапевтів.

У разі досягнення пацієнтом стану функціонування, який потребує лише одного виду терапевтичних втручань, надання реабілітаційної допомоги пацієнтам із ТСМ забезпечується фахівцем з реабілітації, який надає допомогу самостійно відповідно до вимог чинного законодавства, а саме, в залежності від потреб в терапії - фізичним терапевтом або ерготерапевтом.

Матеріально-технічне забезпечення

Примірні переліки необхідного для реалізації стандарту матеріально-технічного забезпечення реабілітаційних відділень, підрозділів ЗОЗ, які надають реабілітаційну допомогу, визначено у Примірному таблиці матеріально-технічного оснащення стаціонарних реабілітаційних відділень, підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу дорослим у післягострому реабілітаційному періоді, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 31 травня 2023 року № 995 та у додатку 2 до Державного типового плану реабілітації осіб з обмеженнями повсякденного функціонування, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2022 року № 1462.

Перелік джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці стандарту

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Надання реабілітаційної допомоги при травмах спинного мозку», 2025 рік, https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/
2. Закон України «Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я».
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083 «Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 02 грудня 2022 року за №1516/38852.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 травня 2023 року № 915 «Про затвердження Переліку протипоказань для надання реабілітаційної допомоги високого обсягу особі, яка потребує реабілітації, у стаціонарному відділенні післягострої та довготривалої реабілітації та внесення зміни до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року №110», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 07 липня 2023 року за № 1160/40216.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20 листопада 2024 року № 1946 «Про затвердження Переліку рекомендованих інструментів оцінювання функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я особи».
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21 липня 2023 року № 1338 «Про затвердження Порядку функціонування кабінетів асистивних технологій», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 серпня 2023 року за № 1503/40559.
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313 (зі змінами).
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 травня 2023 року № 995 «Про затвердження Примірною табелею матеріально-технічного оснащення стаціонарних реабілітаційних відділень, підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу дорослим у післягострому реабілітаційному періоді».
9. Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я».
10. Постанова Кабінету Міністрів України від 03 листопада 2021 року № 1268 «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я».
11. Постанова Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2022 року № 1462 «Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я».
12. American Spinal Injury Association (ASIA). International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury (ISNCSCI), Revised 2019. - <https://asia-spinalinjury.org/>

13. International Standards for the Care of People with Spinal Cord Injury (ISCoS)
<https://www.iscos.org.uk>
14. Interpretation of chronic pain clinical trial outcomes: IMMPACT recommended considerations
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7572524/?utm_source=chatgpt.com
15. Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence (SCIRE) <https://scireproject.com>.
16. The spinal cord independence measure: how much change is clinically significant for spinal cord injury subjects <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23343359/>
17. The spinal cord independence measure: how much change is clinically significant for spinal cord injury subjects (Міра незалежності спинного мозку: наскільки зміни є клінічно значущими для осіб з травмами спинного мозку)
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23343359/>
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09638288.2012.756942>.
18. WHO «Standards for Rehabilitation» (Rehabilitation 2030)
<https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030>

**Директор Департаменту
високотехнологічної медичної
допомоги та інновацій**

Василь СТІЛКА

Додаток 1
до Стандарту реабілітаційної
допомоги «Надання
реабілітаційної допомоги при
травмах спинного мозку»
(пункт 1 розділу I)

**Інструменти оцінювання функціонування осіб, які потребують
реабілітаційної допомоги при ТСМ у гострому реабілітаційному періоді**

Міжнародні стандарти неврологічної класифікації травми спинного мозку
(ISNCSCI) American Spinal Injury Association (ASIA)

Шкала незалежності при травмі спинного мозку - SCIM IV (Spinal Cord
Independence Measure, Version IV)

Шкала Брейдена (пролежнів) (BS)

Візуальна аналогова шкала болю (VAS/ВАШ)

Шкала когнітивного функціонування Ранчо Лос Амігос (RLCF) (при
наявності сполученої травми головного мозку)

Коротка шкала дослідження психічного статусу (MMSE)

Додаток 2
до Стандарту реабілітаційної
допомоги «Надання
реабілітаційної допомоги при
травмах спинного мозку»
(пункт 1, 3 розділу II)

**Інструменти оцінювання функціонування осіб, які потребують реабілітації
при ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді**

Міжнародні стандарти неврологічної класифікації травми спинного мозку
(ISNCSCI) American Spinal Injury Association (ASIA)

Шкала незалежності при травмі спинного мозку - SCIM IV (Spinal Cord
Independence Measure, Version IV)

Шкала Брейдена (пролежнів) (BS)

Канадський інструмент оцінки виконання занять (COPM)

Модифікована шкала спастичності Ашворта (MAS)

Візуальна аналогова шкала болю (VAS/ВАШ)

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)

Опитувальник стану здоров'я пацієнта PHQ-9

Оцінка якості життя за допомогою інструменту WHOQOL-BREF

Коротка шкала дослідження психічного статусу (MMSE)

Шкала когнітивного функціонування Ранчо Лос Амігос (RLCF) (при
наявності сполученої травми головного мозку)

Додаток 3
до Стандарту реабілітаційної
допомоги «Надання
реабілітаційної допомоги при
травмах спинного мозку»
(пункт 1, 3 розділу III)

**Інструменти оцінювання функціонування осіб, які потребують реабілітації
при ТСМ у довготривалому реабілітаційному періоді**

Міжнародні стандарти неврологічної класифікації травми спинного мозку
(ISNCSCI) American Spinal Injury Association (ASIA)

Шкала незалежності при травмі спинного мозку - SCIM IV (Spinal Cord
Independence Measure, Version IV)

Шкала Брейдена (пролежнів) (BS)

Візуальна аналогова шкала болю (VAS/ВАШ)

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)

Опитувальник стану здоров'я пацієнта PHQ-9

Оцінка якості життя за допомогою інструменту WHOQOL-BREF

Модифікована шкала спастичності Ашворта (MAS)

Коротка шкала дослідження психічного статусу (MMSE)

Канадський інструмент оцінки виконання занять (COPM)

Шкала когнітивного функціонування Ранчо Лос Амігос (RLCF) (при
наявності сполученої травми головного мозку)
