ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров’я України
_____ 2026 року № ____

Методичні рекомендації із застосування критеріїв встановлення інвалідності

І. Загальні положення

1 Ці методичні рекомендації розроблені з метою сприяння впровадженню уніфікованих підходів до застосування критеріїв встановлення інвалідності та проведення оцінювання повсякденного функціонування особи (далі – ОПФО).

2. Ці методичні рекомендації спрямовані на використання членами експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи (далі – експертні команди) – лікарями, які проводять ОПФО, визначають потребу в реабілітації та формують рекомендації, які є частиною індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю.

3. Під час застосування цих методичних рекомендацій також мають враховуватись галузеві стандарти у сфері охорони здоров’я, інші акти законодавства у сфері охорони здоров’я.

4. Метою цих методичних рекомендацій є уніфікація підходів до:

1) збору інформації про стан здоров’я та життєдіяльність особи, щодо якої проводиться ОПФО (далі – особа);

2) об’єктивної оцінки функціональних можливостей за визначеними критеріями;

3) визначення потреб у реабілітаційній допомозі та допоміжних засобах реабілітації;

4) формування структурованих індивідуальних рекомендацій і відображення їх в індивідуальній програмі реабілітації особи з інвалідністю.

ІІ. Етапи проведення процедури ОПФО та направлення на проведення ОПФО

Діяльність лікаря при здійсненні ОПФО у складі експертної команди відрізняється від звичайної клінічної практики, яка передбачає встановлення клінічного діагнозу та призначення лікування. Основне завдання члена експертної команди – оцінити, як саме хвороба чи сукупність хвороб, або стан

здоров’я впливають загалом на виконання повсякденних завдань особою, на повсякденне життя та функціонування, та співвіднести це з вимогами чинного законодавства щодо різних потреб та статусів.

Процес ОПФО загалом відрізняється від традиційного збору анамнезу та клінічного огляду, що зазвичай проводяться в умовах клінічної практики.

Проведення ОПФО відповідно до Порядку проведення оцінювання повсякденного функціонування особи, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 року № 1338, складається з п’яти етапів:

1) формування електронного направлення на ОПФО лікуючим лікарем або головою військово-лікарської, медичної (військово-лікарської), лікарськоекспертної комісії та направлення його до закладу охорони здоров'я, в якому проводиться оцінювання;

2) перевірка електронного направлення на ОПФО адміністратором закладу охорони здоров'я, який є уповноваженою особою закладу охорони здоров’я, в якому створено експертну команду (далі – адміністратор), на предмет повноти наданої інформації та прийняття його до розгляду або повернення на доопрацювання у встановлених законодавством випадках;

3) перегляд та аналіз експертною командою електронного направлення на ОПФО та документації особи щодо функціонального стану;

4) опитування та огляд особи;

5) заповнення протоколу розгляду експертною командою (далі – протокол розгляду), прийняття рішення та, за потреби, формування витягів з рішень експертних команд.

Методичні рекомендації передбачають набір рекомендованих тестів, інструментальних і лабораторних досліджень, необхідних для визначення ступеня втрати функції та здоров’я відповідно до станів, визначених у Національному класифікаторі НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я», під час оцінки основного та супутніх станів.

Зважаючи, що перелік не є вичерпним, в індивідуальних випадках (наприклад, множинна коморбідність) особа може потребувати ширшого переліку необхідних досліджень для об’єктивного опису та підтвердження її функціонального стану – індивідуальні потреби визначаються залежно від стану особи.

Наявність наведених рекомендованих тестів, інструментальних та лабораторних досліджень для основного інвалідизуючого стану, супутніх захворювань та станів мають бути підставою для прийняття оформленого належним чином електронного направлення на ОПФО відповідним закладом охорони здоров'я, в якому функціонують експертні команди.

Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого, оформлена за формою № 027/о, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974, або набір відповідних консультативних висновків лікарів є достатньою умовою для підтвердження діагнозу або стану особи, якщо ці документи містять усі необхідні дані для ідентифікації особи та підтвердження діагнозу або стану та його важкості.

Зокрема включаючи дані лабораторних, інструментальних та інших досліджень, а також дані про проведене лікування, виникнення ускладнень, тощо. Тільки у випадку якщо ці дані відсутні у виписці або консультативному висновку, вони мають бути додані окремо.

Загалом тести, інструментальні та лабораторні дослідження мають сприяти дослідженню, визначенню та підтвердженню саме порушених функцій життєдіяльності, а не слугувати загальноклінічному діагностичному процесу або встановленню діагнозу. Тому варто уникати призначення додаткових досліджень без нагальної необхідності. Лише в особливих випадках, наприклад, у разі критичного неспівпадіння стану здоров'я особи з її медичною документацією, додаткові медичні обстеження можуть слугувати для верифікації та підтвердження стану.

Потрібно співвідносити необхідність дослідження для кожного окремого пацієнта беручи до уваги особливості захворювання та станів пацієнта, лікувально-діагностичного процесу, доступність в рамках Програми Медичних гарантій (додаткові дослідження недоступні в рамках Програми Медичних Гарантій не можуть бути обов'язковими для напаравлення).

Під час прийняття справи на ОПФО, її перевірки чи розгляду під час ОПФО, потреба в додаткових (не зазначених у цих Методичних рекомендаціях або у направленні на ОПФО) дослідженнях і подальша вимога щодо направлення особи на додаткові дослідження мають бути чітко обґрунтовані та пояснені у супровідному повідомленні. Зокрема мають бути зазначені які саме дослідження і навіщо потрібні, згідно з яким клінічним протоколом чи станом особи, що саме ці дослідження мають продемонструвати. Такі додаткові дослідження не мають виходити за логічні рамки клінічної оцінки обмежень життєдіяльності та основних функцій, які порушені у особи у зв'язку з

наявними у неї станами та анамнезом її хвороби. Наприклад, неприйнятною є вимога повного профілю біохімічних, загальних лабораторних аналізів крові, аналізу сечі для оцінки офтальмологічних порушень.

При визначенні визначення статусу інвалідності та її тривалості має враховувати “Досяжне клінічне покращення”, що означає, що під час направлення та оцінювання стан людини має оцінюватися з урахуванням досяжного в конкретному випадку покращення стану пацієнта доступними лікувальними та реабілітаційними заходами (враховуючи реабілітаційний потенціал) на момент огляду або в найближчому майбутньому, якщо хвороба тривала менше 12 місяців до моменту направлення

ІІІ. Експертні команди: статуси, профілі, структура та функції

Для початку роботи експертних команд в закладі охорони здоров’я, на веб-сайті закладу охорони здоров’я розміщується перелік лікарів які мають право брати участь у проведенні ОПФО у різних статусах: заступника керівника закладу охорони здоров’я з питань ОПФО, адміністраторів, членів експертних команд.

Для проведення ОПФО в закладах охорони здоров’я формуються експертні команди з лікарів відповідних клінічних спеціальностей. До експертних команд входять лікарі, які відповідають визначеним законодавством вимогам та включені до переліку лікарів, які мають право проводити оцінювання у складі експертних команд. Також для підтримки експертних команд у закладі охорони здоров’я визначають працівників, які матимуть статус заступників керівників закладів охорони здоров’я з питань ОПФО та адміністраторів. Адміністратори перевірятимуть справи на повноту (чи усі документи та інформація надані, кількість сторінок та необхідна кількість часу для проведення ОПФО) та координуватимуть взаємодію з особами, які проходять ОПФО, та експертною командою у нестандартних ситуаціях перебігу ОПФО, як-то потреба в додаткових обстеженнях чи архівній справі МСЕК, форс-мажорні обставини, неявка чи смерть особи.

Експертні команди формуються профільно – відповідно до функціональних порушень, які має людина. Це забезпечує участь фахівців, які мають компетентність у конкретній сфері захворювання чи порушення. Експертні команди рекомендовано формувати за правилом “1 – 2 – 3”: на один профіль – мінімум дві експертні команди – кожна з мінімум трьох лікарів. Тобто на кожен профіль – мінімум два склади експертних команд із трьох чи більше лікарів. Ці дві експертні команди мають працювати в закладі охорони здоров’я одночасно та рівнонавантажено протягом кожного місяця для забезпечення змінності та випадковості призначення експертної команди.

Структура експертної команди з оцінювання повсякденного функціонуванн особи залежить від профілю справи, тобто функціональних порушень, які мають бути оцінені. До складу експертної команди обов’язково має входити лікар, спеціальність якого відповідає основному діагнозу особи (він має бути головуючим лікарем), та лікар-терапевт або профільний лікар щодо супутнього захворювання або ускладнень. Також до складу експертної команди рекомендується включати додатково щонайменше одного лікаря, спеціаліність якого є рекомендованою у відповідному профілі експертної команди, а також додаткових фахівців з урахуванням супутніх станів або складності випадку.

Рекомендації щодо профілів експертних команд та їх складу:

Загально-хірургічна

Загальна

Хірургічна

Офтальмологічна

Онкологічна

Травматологічна

Кардіоневрологічна

Фтизіопульмонологічна

Гематологічна

Психіатрична

Рекомендації до складу експертних команд за профілями

Таблиця 1. Рекомендації до складу експертних команд за профілями

	Загально-хірургічний профіль	**Загальний профіль**	**Хірургічний профіль**	**Офтальмологічний профіль**	**Онкологічний профіль**
Спеціальність головуючого лікаря	Терапія	Терапія	Хірургія	Офтальмологія	Клінічна онкологія, Онкохірургія
Друга обов'язкова спеціальність в складі експертної команди	Хірургія	Кардіологія або неврологія або ендокринологія або ревматологія	Терапія або ендокринологія або кардіологія або неврологія	Терапія або неврологія	Клінічна онкологія, Онкохірургія
Спеціалісти для типових супутніх діагнозів	Гастроентерологія, Геріатрія, Дерматовенерологія, Імунологія, Інфекційні хвороби, Нейрохірургія, Нефрологія, Отоларингологія, Проктологія, Ревматологія, Сурдологія, Торакальна хірургія, Трансплантологія, Урологія, Фізіотерапія, Фізична та реабілітаційна медицина, Хірургія	*якщо є хірургічна експертна команда*, Гастроентерологія, Геріатрія, Дерматовенерологія, Імунологія, Інфекційні хвороби, Нефрологія, Ревматологія, Отоларингологія, Сурдологія, Фізіотерапія, Фізична та реабілітаційна медицина	Проктологія, Урологія, Торакальна хірургія, Трансплантологія, Акушерство і гінекологія, Ендоскопія, Ендокринологія, Неврологія, Кардіологія	Неврологія, Кардіологія, Нейрохірургія, Хірургія, Ендокринологія	Акушерство і гінекологія, Пульмонологія, Проктологія, Онкоотоларингологія, Онкогінекологія, Онкохірургія, Радіологія, Хірургічна дерматологія, Ендоскопія, Хірургія, Терапія, Ендокринологія
Інші можливі спеціальності	Акушерство і гінекологія, Фтизіатрія, Пульмонологія, Кардіологія, Неврологія, Комбустіологія, Судинна хірургія, Нейрохірургія, Ортопедія і травматологія	Акушерство і гінекологія, Фтизіатрія, Пульмонологія, Кардіологія, Неврологія	Судинна хірургія, Нейрохірургія, Комбустіологія, Хірургія серця та магістральних судин, Ортопедія і травматологія	Ортопедія і травматологія, Фізична та реабілітаційна медицина, Судинна хірургія, Імунологія, Інфекційні хвороби, Ревматологія, Геріатрія	Інфекційні хвороби, Пластична хірургія, Геріатрія, Кардіологія, Урологія
	Травматологічний профіль	**Кардіоневрологічний профіль**	**Фтизіопульмонологічний профіль**	**Гематологічний профіль**	**Психіатричний профіль**
Спеціальність головуючого лікаря	Ортопедія і травматологія	Кардіологія або неврологія	Фтизіатрія	Гематологія	Психіатрія
Друга обов'язкова спеціальність в складі експертної команди	Терапія або неврологія	Терапія або неврологія або кардіологія	Фтизіатрія	Гематологія	Психіатрія

Таблиця 1. Рекомендації до складу експертних команд за профілями

IV. Організація роботи експертних команд та ОПФО

Розгляд справ здійснюється в порядку черговості на підставі електронної черги, що формується електронною системою щодо оцінювання повсякденного функціонування особи (далі — електронна система) відповідно до вимог постанови Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. № 1338 «Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи».

До дня проведення оцінювання повсякденного функціонування особи члени експертної команди не мають доступу до матеріалів справи, тобто не можуть ознайомитися з ними заздалегідь.

Особа, направлена на проведення оцінювання, не має доступу до інформації про персональний склад експертної команди, що забезпечує об'єктивність та неупередженість процесу оцінювання відповідно до положень зазначеної постанови.

У зв'язку з чим для зручності координації розкладів лікарів у рамках лікувальної роботи та зайнятості в проведенні ОПФО рекомендується створити графік роботи експертних команд в електронній медичній інформаційній системі, яка входить до складу електронної системи охорони здоров'я (далі – МІС). Графік роботи експертних команд затверджує керівник закладу охорони здоров'я з урахуванням загальних (основних) графіків роботи лікарів.

Відповідно до пункту 1 критеріїв визначення форми проведення оцінювання повсякденного функціонування особи, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 року № 1338, ОПФО проводиться за такими формами:

очно, за участю особи в закладі охорони здоров'я, в якому створено експертну команду (очний розгляд справи);

заочно, без особистої участі особи (заочний розгляд справи);

із використанням методів і засобів телемедицини (телевідеоконсультування); за місцем перебування/лікування особи (виїзний розгляд справи).

Критерії, за якими повинна визначатися форма проведення ОПФО, затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 року № 1338.

Також, враховуючи форми проведення ОПФО та доступність справ до перегляду безпосередньо під час проведення ОПФО, важливо продумати і узгодити, коли лікарі матимуть час ознайомитись зі справами, сформувати питання та думки. Це може бути:

до початку ОПФО виділений час для кожного лікаря (у МІС); до початку ОПФО виділений час для всієї експертної команди (у МІС); виділений час для

ознайомлення експертною командою безпосередньо під час проведення ОПФО (в електронній системі довша тривалість проведення одного ОПФО).

Тривалість проведення одного ОПФО визначається кожним закладом охорони здоров'я самостійно залежно від підходів до графіків та вимог чинного законодавства. Рекомендована тривалість:

40 хвилин для очного розгляду справи;

30 хвилин для заочного або з використанням методів і засобів телемедицини (телевідеоконсультування) розгляду справи;

120 хвилин для виїзного розгляду справи за місцем перебування/лікування особи.

Заклади охорони здоров'я можуть обирати зручний формат роботи експертних команд:

щоденні інтервали по кілька годин для проведення ОПФО;

довші інтервали виділені кілька разів на тиждень для проведення ОПФО.

Розгляд справи відбувається згідно з визначеною формою розгляду. При цьому окремі члени експертної команди можуть брати участь у розгляді справи дистанційно. Проте дистанційна участь у розгляді справи не дозволяється тим членам експертної команди, які безпосередньо проводять огляд особи та/або спеціалізація яких безпосередньо стосується рішення, яке повинно бути прийняте експертною командою.

Для проведення ОПФО у кожному закладі охорони здоров'я мають бути виділені окремі оглядові кабінети, які відповідають вимогам доступності, тобто знаходяться у приміщенні з доступним входом та, за потреби, пандусом, кабінети огляду та проведення ОПФО мають бути розташовані на першому поверсі або на поверсі, куди можливо дістатись ліфтом, ураховуючи вимоги інклюзивності.

Також кабінети мають мати чітку навігацію від входу в приміщення закладу охорони здоров'я до визначених кабінетів огляду та проведення ОПФО. Для спрощення координації, рекомендовано закріпити визначені кабінети за профілями експертних команд чи за експертними командами. У кабінеті мають бути облаштовані робочі місця лікарів, місце огляду особи, місце для її супроводжуючих, та місце для речей особи. Для базового огляду особи необхідно забезпечити наявність у кабінеті на час проведення ОПФО необхідних базових складових для проведення огляду (витратних матеріалів,

засобів індивідуального захисту, інструментарію наприклад, тонометр, пікфлуометр, молоточок тощо). Рекомендовано облаштувати в кабінеті постійне робоче місце з комп'ютером із розрахунку на кожного лікаря в експертній команді, мінімальні вимоги – наявність принаймні одного комп'ютера з доступом до Інтернету та електронної системи, а також принтером.

До початку проведення ОПФО лікарям з експертної команди рекомендується:

переглянути справи на день, починаючи із справ, розгляд яких здійснюється очно або з використанням методів і засобів телемедицини (телевідеоконсультування), справ, в яких наявні рішення (постанови) військово-лікарської, медичної (військово-лікарської), лікарсько-експертної комісії, та справ з найбільшою кількістю медичних документів, наступними – справи, розгляд яких здійснюється заочно або, за наявності, за місцем перебування/лікування особи; переглянути які підстави та цілі (критерії та мета направлення на ОПФО) зазначені в направленні на ОПФО, чи зазначена раніше встановлена інвалідність, які діагнози, який перелік документів зазначений в описі в направленні на ОПФО, щоб визначити які документи варто найпершими переглянути стосовно такої особи, а далі ознайомитись із усім пакетом документів; зробити попередні нотатки щодо ступенів обмежень критеріїв життєдіяльності людини для особи; виписати в нотатках які питання до особи виникли, які аспекти необхідно уточнити чи обговорити на ОПФО; зафіксувати в нотатках які потреби є в особи на основі документів та які рішення варто прийняти на ОПФО.

V. Порядок дій під час проведення ОПФО

1. Очний розгляд справи

Особу необхідно запросити в кабінет тоді, коли прийшов час її ОПФО і експертна команда готова розпочати.

Для ідентифікації особи перед початком ОПФО особа має надати паспортний документ або інший документ для ідентифікації особи, який містить фото і повні дані. За наявності уповноваженого представника особи він також має надати власні ідентифікаційні документи.

Особа може бути присутня із уповноваженим представником за наявності відповідної заяви та документів, які прикріплені до справи. За наявності помилок у особистих даних про особу їх необхідно обов'язково виправити у протоколі розгляду, при цьому чітко зазначаючи яка інформація була внесена

до цього, згідно з яким документом або відомостями вона є помилковою, і на що саме вона виправлена.

Особа під час проведення ОПФО може надати додаткові медичні документи щодо досліджень чи висновків, які були зроблені в період очікування на проведення ОПФО. Члени експертних команд приймають ці документи, і прикріплюють їх до протоколу розгляду. Зокрема враховуючи ці та інші додаткові документи експертною командою може бути сформовано уточнений основний діагноз особи, який вноситься до протоколу розгляду.

Рекомендується почати ОПФО зі знайомства і представлення членів експертної команди (як тих, що присутні очно, так і тих, які приєднались дистанційно). Далі перейти до опитування особи та, за потреби, її огляду, спостереження за її поведінкою та діями, фіксуючи відповіді чи результати у нотатках для подальшого внесення до протоколу розгляду. Особі можуть бути поставлені питання про прикріплені до справи документи.

Обговорення з особою будується навколо питань і пунктів протоколу розгляду та рішення, де фіксуються відповіді для кожного члена експертної команди.

За потреби порадитись з іншими членами експертної команди під час ОПФО, експертна команда може ввічливо попросити особу вийти для проведення обговорення, щоб сформувати спільне рішення та обґрунтування до нього. У випадку рівного розподілу голосів щодо пункту рішення – вирішальний голос має головуючий лікар. Спільне (колегіальне) рішення фіксується після зазначення усіх позицій.

Після завершення обговорення необхідно запросити особу повернутись для оголошення рішень, які прийняла експертна команда, і надання особі обґрунтувань та пояснень до них. Також необхідно пояснити особі які допоміжні засоби реабілітації чи медичні вироби йому призначено і для чого, до яких органів (закладів, установ) необхідно звернутись для подальшого призначення допомоги.

Кожен член експертної команди має підписати кваліфікованим електронним підписом протокол розгляду в електронній системі чітко зазначаючи власну позицію щодо ОПФО та рішень. У випадку наявності зауважень щодо позицій зафіксованих у протоколі розгляду – кожен член експертної команди може відхилити протокол розгляду із зазначенням переліку зауважень до інформації в протоколі розгляду. Після внесення зазначених правок протокол розгляду необхідно наново підписати усією експертною командою.

Коли протокол розгляду підписаний, експертна команда має надати друкований варіант витягу з рішення та, за потреби, рекомендацій, які є частиною індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю, з підписом головуючого лікаря та печатками закладу охорони здоров'я. За наявності такого процесу у закладі охорони здоров'я, особу можуть попросити розписатись у журналі отримання витягів. Електронна версія документів буде надіслана особі на електронну пошту зазначену у справі. Внести її можна безпосередньо до протоколу розгляду.

У випадку, якщо електронна система тимчасово недоступна, протокол розгляду та інші документи заповнюються у паперовому вигляді з подальшим внесенням інформації в електронну систему після відновлення роботи електронної системи. Також документи про рішення у паперовому вигляді передаються до відповідних органів, які надають допомогу чи послуги, наприклад, Пенсійний фонд України або територіальних центрів комплектування та соціальної підтримки.

Особа також може звернутись щодо отримання оригіналів медичних документів зі справи (зокрема якщо це справа МСЕК). Ці документи можуть бути надані особі після перевірки, що їх електронна копія додана і наявна у справі, та надання відповідної заяви та розписом під переліком документів, які особі передано.

За умов конфлікту інтересів у особи та одного з членів експертної команди про це зазначається у протоколі розгляду стосовно конкретного члена експертної команди. Після чого справу буде перепризначено для проведення ОПФО експертною командою без конфлікту інтересів. Конфліктом інтересів може бути родинний зв'язок чи інший вид партнерських відносин з особою, поточний статус лікуючого лікаря у справі, з яким особа направлена на ОПФО. Епізодичне попереднє консультування особи не є конфліктом інтересів.

За нестачі інформації або у випадку сумнівів щодо актуальності досліджень або об'єктивних показників для прийняття обгрунтованого рішення, особу необхідно направити на додаткові обстеження. Запити на додаткові обстеження мають мати чітку ціль та очікування, надати їх мають усі члени експертної команди одразу, адже направити на додаткові обстеження можна лише один раз. Особі необхідно пояснити причини потреби в додаткових обстеженнях та їх цілі – це фіксується в протоколі розгляду в електронній системі разом з переліком досліджень. Головуючий лікар має сформувати в електронній системі охорони здоров'я відповідне електронне направлення на увесь перелік додаткових обстежень – що також фіксується в електронній системі. Особі пояснюється порядок дій щодо проходження та надання документів для завершення ОПФО, та направляють до адміністратора чи іншого визначеного працівника для пояснення подальших дій.

Після проходження усіх додаткових обстежень, особа має надати документи з результатами (висновки, описи) адміністратору для прикріплення їх до справи та повторного призначення дати та часу ОПФО. Після цього справа стане готова до продовження розгляду експертною командою. Подальший розгляд справи може бути заочним, у межах загального часу роботи експертної команди відповідного профілю.

За умов, якщо особа не з'явилася на ОПФО, не бере в ньому участі або відмовляється від проходження ОПФО - заповнюється відповідне поле у протоколі розгляду для очного, з використанням методів і засобів телемедицини (телевідеоконсультування) або виїзного за місцем перебування/лікування особи розгляду справи.

За умов виникнення під час проведення ОПФО форс-мажору - обставин непереборної сили як-то надзвичайні і невідворотні обставини, що об'єктивно унеможливлюють виконання ОПФО, ОПФО може бути перенесено. Обставини та їх характер мають бути чітко зафіксовані в протоколі розгляду. У подальшому, за запитом заклад охорони здоров'я та експертна команда мають мати можливість у подальшому підтвердити їх наявність.

2. Розгляд справи з використанням методів і засобів телемедицини (телевідеоконсультування)

Проведення розгляду справи з використанням методів і засобів телемедицини (телевідеоконсультування) допускається у випадках, визначених законодавством.

В день відкриття доступу до справ, до початку ОПФО, адміністратор з експертними командами має зв'язатись з особою по телефону і надіслати їй інформацію необхідну для проведення розгляду справи з використанням методів і засобів телемедицини (телевідеоконсультування) на електронну пошту. Адміністратор також має передати всю інформацію та посилання для проведення розгляду справи з використанням методів і засобів телемедицини (телевідеоконсультування) відповідній експертній команді.

ОПФО відбувається із включеними камерами як для особи, так і для членів експертної команди. На початку ОПФО особа та її уповноважений представник (у разі його участі) має показати в камеру документ, що посвідчує особу, для ідентифікації.

Процес проведення включає аналіз документів, опитування та внесення інформації до електронної системи аналогічно до очного розгляду справи.

Електронна версія документів рішення буде надіслана особі на електронну пошту зазначену у справі. Внести її можна безпосередньо до протоколу розгляду. Надання друкованих копій витягу з рішення та рекомендацій, які є частиною індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю, відбувається шляхом надсилання їх особі поштовим листом.

3. Виїзний розгляд справи за місцем перебування/лікування особи

Інформація про дату, час і місце виїзного розгляду справи за місцем перебування/лікування особи доступна керівнику закладу охорони здоров’я у електронній системі.

У день виїзду необхідно переглянути справи і документи осіб, які проходять ОПФО, щоб визначити яке мобільне базове медичне обладнання може знадобитись під час ОПФО (відповідно до потреб, наприклад, пікфлуометр, тонометр, тощо), також взяти із собою комп’ютер для заповнення протоколу розгляду, нотатники для членів експертної команди, печатки закладу охорони здоров’я.

Процес проведення включає аналіз документів, опитування та внесення інформації до електронної системи аналогічно до очного розгляду справи.

Електронна версія документів рішення буде надіслана особі на електронну пошту зазначену у справі. Внести її можна безпосередньо до протоколу розгляду. Надання друкованих копій витягу з рішення та рекомендацій, які є частиною індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю, відбувається за можливості забезпечити друк під час ОПФО (наприклад, у закладі охорони здоров’я, де перебуває особа) або ж друковані документи надсилаються особі поштовим листом.

4. Заочний розгляд справи

Проводиться без участі особи на основі даних і документів, що надані у справі.

Заочний розгляд справи можливий у нормативно визначених випадках, наприклад, для:

Захворювань, дефектів або клінічних станів, підтверджених відповідними документами.

Військовослужбовців чи учасників бойових дій, якщо документів достатньо для ухвалення рішення.

Якщо особа бажає бути присутньою, вона надає заяву, і розгляд справи проводиться очно.

Процес проведення включає аналіз документів, обговорення експертною командою та внесення інформації до електронної системи аналогічно до очного розгляду справи.

Електронна версія документів рішення буде надіслана особі на електронну пошту зазначену у справі. Внести її можна безпосередньо до протоколу розгляду. Надання друкованих копій витягу з рішення та рекомендацій, які є частиною індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю, відбувається шляхом надсилання їх особі поштовим листом.

VI. Індивідуальні рекомендації щодо реабілітації та відновлення

1. Індивідуальні рекомендації щодо реабілітації та відновлення містять блоки, які можуть поєднуватися в залежності від потреб людини: потреба в допоміжних засобах реабілітації, потреба в медичних виробах та визначення потреби щодо необхідності проведення оцінки або отримання реабілітаційної допомоги в інших сферах життєдіяльності людини:

1) медичний – потреба в отриманні реабілітації в сфері охорони здоров'я (при цьому, якщо така потреба виявлена ще під час розгляду, особі необхідно сформувати електронне направлення в електронній системі охорони здоров’я на ці конкретні послуги), потреба у забезпеченні медичними виробами та у санаторно-курортному лікуванні.

2) соціальний – визначає потребу в соціальній і побутовій реабілітації, потребі забезпечення допоміжними засобами реабілітації, а також надає рекомендації звернутися до інших уповноважених органів для вирішення питання щодо призначення державної допомоги або пенсії чи інших виплат, потреби в проведенні оцінки щодо отримання соціальних послуг.

3) трудовий – визначає потребу у визначенні можливого облаштування робочого місця, в професійній і трудовій реабілітації та загальні обмеження в професійній діяльності, що можуть значно вплинути на погіршення здоров'я; надає рекомендації звернутися до центру зайнятості або онлайн для отримання безкоштовних послуг з професійної орієнтації, перенавчання тощо.

4) освітній – визначає потребу в психолого-педагогічній реабілітації, додаткових освітніх потреб.

2. Строк чинності індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю визначається строком, на який особі встановлено інвалідність. У

разі встановлення інвалідності без зазначення строку повторного ОПФО, індивідуальна програма реабілітації особи з інвалідністю може бути переглянута за бажанням особи з інвалідністю або за умови зміни стану здоров'я особи.

VII. Підходи до опитування та огляду

1. Проведення експертної оцінки рекомендується здійснювати у доброзичливій, професійній та неконфліктній атмосфері. Члени експертної команди повинні дотримуватися конструктивного підходу, орієнтованого на виявлення наявних функціональних можливостей особи поряд із визначенням обмежень її життєдіяльності.

2. У всіх формах ОПФО встановлення довірливих взаємин та налагодження контакту з особою є ключовою передумовою для ефективного проведення ОПФО та опитування. У разі проведення очного розгляду справи доцільно забезпечити супровід особи від місця очікування до приміщення для ОПФО, що сприяє зниженню психоемоційного напруження та демонструє ввічливе ставлення. Для члена експертної команди такий етап є також можливістю здійснити первинне спостереження за поведінкою особи поза межами кабінету та розпочати встановлення професійного контакту, що має суттєве значення для подальшого опитування.

3. Під час проведення ОПФО необхідно враховувати специфіку супроводу осіб із порушеннями функцій органів чуття та опорно-рухового апарату, зокрема дотримання встановлених правил безпечного та коректного супроводу осіб із порушеннями зору чи обмеженою руховою активністю.

4. Оскільки особа може відчувати тривожність, доцільно завчасно поінформувати її про мету та порядок проведення опитування і огляду. Безпосередньо перед початком ОПФО слід надати час для емоційної адаптації та зниження напруги. З цією метою рекомендується представити кожного члена експертної команди та поетапно пояснити послідовність дій під час ОПФО, можливі етапи та їх підстави. Такий підхід сприятиме кращому розумінню процесу з боку особи, підвищенню її готовності до проходження ОПФО та забезпечить більш послідовне й ефективне його проведення.

5. Необхідно поінформувати особу, що ОПФО та клінічний огляд не є загальним медичним оглядом і не передбачає звичайний лікувально-діагностичний процес. Метою ОПФО є визначення комплексного стану особи, оцінка критеріїв її життєдіяльності та лише тих аспектів, які безпосередньо впливають на повсякденне функціонування. Надання такого роз'яснення дає змогу запобігти можливим скаргам щодо нібито недостатньої повноти або ретельності проведеного огляду під час ОПФО.

VIII. Опитування

1. Опитування (інтерв'ю) є невід'ємною складовою процесу ОПФО і проводиться з метою збирання інформації, необхідної для оцінки функціональних можливостей у всіх релевантних сферах повсякденної життєдіяльності, подальшої оцінки критеріїв життєдіяльності людини, визначення потреб, у тому числі щодо встановлення інвалідності. Опитування за своєю метою та змістом відрізняється від традиційної клінічної консультації, спрямованої на встановлення діагнозу та планування лікування.

2. Опитування проводиться членом (членами) експертної команди, які володіють відповідними комунікативними та клінічними навичками, з дотриманням таких вимог:

1) активне слухання: відкрите ставлення до відповідей, їх підсумовування, уважність до підтекстів.

2) ефективне та проактивне ставлення запитань для формування цілісного уявлення про повсякденне середовище та обставини життя особи й вплив цих обставин на життєдіяльність.

3) типи запитань: відкриті — для заохочення розгорнутих відповідей і самостійного формулювання думок; закриті — для уточнення фактів або повернення до теми; пов'язані — для логічного переходу між темами; уточнювальні/прояснювальні — для розширення або перевірки коректності розуміння відповіді.

4) обмеження: ставиться одне запитання за раз; не допускаються навідні, надмірно складні або такі, що містять «правильну» відповідь.

5) адаптація комунікації: формулювання запитань з урахуванням індивідуальних особливостей особи; за наявності інтелектуальних порушень або розладів аутистичного спектра можуть застосовуватися більш структуровані формулювання.

6) мова спілкування: чітка, зрозуміла, без професійного жаргону та невиправданого використання складних термінів; у разі застосування спеціальної термінології надаються пояснення.

3. Під час опитування забезпечуються належні умови комунікації, зокрема:

1) інформування особи про мету, послідовність та очікуваний перебіг ОПФО;

2) надання часу для емоційної адаптації безпосередньо перед початком розмови;

3) повідомлення про фіксацію відповідей у протоколі розгляду (із зазначенням відповідального члена експертної команди); коментування дій під час роботи з комп'ютером;

4) підтримання професійного контакту, у тому числі зорового, з періодичним відведенням погляду від екрана для запобігання відчуттю відстороненості.

4. Зміст опитування має включати:

1) з'ясування самопочуття, поточних симптомів і скарг;

2) уточнення змін стану здоров'я з часу направлення на ОПФО або попереднього ОПФО, особливо у випадках давності медичної документації;

3) детальне опитування щодо призначених лікарських засобів та медичних процедур (режими, прихильність, переносимість), у тому числі з урахуванням того, що такі відомості можуть непрямо свідчити про порушення життєдіяльності навіть за відсутності відповідних скарг.

5. Результати опитування відображаються у протоколі розгляду з фіксацією дати й часу, складу експертної команди, застосованих підходів і ключових висновків та підлягають внесенню до електронної системи відповідно до встановленого порядку.

IX. Огляд та спостереження за особою до та під час проведення ОПФО

1. Спостереження поведінки під час ОПФО

Спостереження за поведінкою особи під час ОПФО є обов'язковим елементом, що забезпечує отримання об'єктивної інформації про функціональні особливості, які впливають на життєдіяльність. Випадково спостережувана поведінка може мати додаткову доказову цінність, наприклад при виключенні аггравації або симуляції та підлягає належному документуванню.

Предметом спостереження є, зокрема:

переходи між положеннями (вставання/сідання), їх частота, якість і характеристики;

хода, темп, стійкість, досягнення до предметів, нахили/присідання; дрібна моторика (маніпуляції з ґудзиками, блискавками, документами, телефоном тощо);

візуальна та слухова орієнтація в приміщенні (що бачить/читає, як реагує на звернення);

взаємодія з власними предметами (тростина, сумка, одяг, документи) — спосіб і легкість користування.

Кожне спостереження фіксується з коротким описом дії та обґрунтованим висновком щодо функціональної здатності. Допускається використання типових формулювань, зокрема:

«Особа сиділа зручно на стільці без підлокітників протягом 25 хвилин без ознак дискомфорту; ймовірність труднощів при сидінні понад 30 хвилин — низька».

«Особа пройшла орієнтовно 25 метрів до кімнати, в якій проводиться ОПФО, повільним темпом, без зупинок і без ознак задишки».

«Спілкувалась короткими реченнями з перервами для відновлення дихання».

«Підняв ліву руку без зусиль для регулювання окулярів».

«Самостійно підвівся з сидячого положення та перемістився до столу за документами».

2. Клінічний огляд

Клінічний огляд проводиться за рекомендованими підходами з посистемним відображенням даних (опорно-рухова, серцево-судинна, дихальна, нервова та інші системи).

У разі виявлення патологічних ознак здійснюється розширений (деталізований) огляд відповідно до клінічних протоколів.

Обов’язково фіксуються дані, що мають прямий вплив на рішення: результати візуального огляду (включно з ознаками атрофії м’язів), стан долонь, нігтів, стоп; дані пальпації; обсяг активних і пасивних рухів у суглобах; м’язова сила та тонус; результати неврологічного огляду (за показаннями —

мозочкові проби, ознаки ураження спинного мозку); оцінка слуху та мовлення; гострота зору і поля зору.

3. Інтерпретація даних та узгодження інформації

Клінічні дані співставляються з установленими діагнозами, стадією захворювання, медичними записами та результатами опитування особи. Перевіряється відповідність задекларованих обмежень типовому перебігу стану.

У разі виявлення розбіжностей між клінічними знахідками, спостереженнями, відповідями особи та наявними документами надається мотивоване пояснення причин такої невідповідності.

4. Особливі випадки

Якщо особа не може або не бажає детально описати повсякденну активність, вирішальне значення мають дані клінічного огляду, спостереження та комплексної оцінки.

Усі висновки формуються з урахуванням безпеки виконання дій, інтенсивності болю, втомлюваності та задишки; у разі неможливості безпечного виконання дії особа вважається такою, що не здатна її виконувати.

5. Документування результатів

Спостереження, клінічні дані, інтерпретації та висновки фіксуються у протоколі розгляду із зазначенням дати, часу, складу експертної команди та фактичних підстав висновків.

Відомості, визначені пунктом, вносяться до електронної системи згідно з установленим порядком.

X. Визначення функціональних можливостей

1. Загальні підходи до опитування у межах оцінки повсякденної життєдіяльності

Опитування спрямовується на збирання відомостей про виконання звичних повсякденних дій з метою оцінки кожного з критеріїв життєдіяльності людини. Інформація, що не корелює з відповідним критерієм (зокрема, тривале сидіння та перегляд телевізора для критерію «самообслуговування»), до розрахунку ступеня обмеження не береться. Допускається використання:

закритих питань із категоричними відповідями («так/ні», шкальні відповіді: «немає/легкі/помірні/виражені/значні труднощі/неможливо виконати»;

частотні відповіді: «ніколи/раз або кілька разів на тиждень/щоденно/щогодини/не може самостійно виконати»);

відкритих питань — за доцільністю для конкретної особи; запитання, що дублюють очевидні обставини (наприклад, щодо функцій відсутньої кінцівки), не ставляться.

Результати опитування підлягають відображенню в протоколі розгляду із вказанням характеру обмежень, їх частоти/тривалості, потреби в допомозі та (за наявності) використаних допоміжних засобів реабілітації.

Оцінка особистого досвіду пацієнта за допомогою опитування чи застосування стандартизованих опитників досвіду пацієнта (Patient reported Outcomes) є важливим елементом оцінки повсякденного функціонування, проте мають інтерпретуватися в комплексі з іншими методами.

2. Використання функціональних тестів

Додаткову інформацію під час оцінки мають результати функціональних тестів та клінічних шкал. Результати слугують допоміжним засобом в об’єктивізації стану людини та визначенні її функціональної здатності. Отримані дані мають використовуватися та співставлятися разом з іншими методами оцінки, такими як оцінка медичної документації, результатів лабораторних та інструментальних досліджень, опитування, спостереження та огляду.

Для оцінки функціональних можливостей в рамках оцінки здатності до пересування та самообслуговування можна використовувати:

1) долання перепон, перехід з одного положення в інше: тест “Встань і йди” (Timed Up and Go Test, TUG).

2) хода: тест “4 та 10 метрів” (4 Metre Walk Test 4MWT, 10 Metre Walk Test 10MWT,), “2 та 6-хвилинний тест ходи” (2 Minute Walk Test, 2MWT, 6 Minute Walk Test, 6MWT), тест “Встань і йди” (Timed Up and Go Test, TUG).

3) підтримка стійкого положення тіла: шкала рівноваги Берга (Berg Balance Scale, BBS), тест “Встань і йди” (Timed Up and Go Test, TUG), тест “Контролю тулуба” (Trunk Control Test, TCT), тест “Чотири квадрати” (Four Square Step Test, FSST), інші тести на рівновагу, на час і точність.

4) рухи верхніх кінцівок: тест “Оцінки функціональної активності осіб з ампутацією верхніх кінцівок” (Activities Measure for Upper Limb Amputees, AM-ULA, Brief Activities Measure for Upper Limb Amputees, BAM-ULA); “Система класифікації функції руки” (Manual Ability Classification System,MACS), Тест моторної функції Вулфа (Wolf Motor Function Test, WMFT), Тест рухової активності руки (Action Research ARM Test (ARAT)), Тест Upper extremity functional test (UEFT) для вимірювання функціонального порушення верхньої кінцівки та ступеня тяжкості цього порушення, Шкала інвалідності руки, плеча та долоні (DASH Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand, або QuickDASH)

5) споживання рідини (ковтання): “Стандартизована система класифікації здатності до прийому їжі та пиття” у дітей і дорослих з нейрогенними розладами, зокрема при дисфагії, ДЦП, черепно-мозкових травмах, інсульті чи нейродегенеративних захворюваннях (Eating and Drinking Ability Classification System, EDACS).

6) одягання: “Шкала функціональної активності Бартел” (Barthel ADL Index).

7) оцінки дрібної моторики: тест “9 кілочків” (Nine-Hole Peg Test, 9HPT) та “Бокс/блок” на швидкість моторики (Box and Block Test, BBT).

8) загальна втома та виснаженість: Шкала Борга, Шкала тяжкості втоми (FSS), MFI-20 (Багатовимірний опис втоми), Шкала FACIT-Fatigue

9) біль: візуальна аналогова шкала (VAS, ВАШ), цифорва шкала (NRS, ЦШ)

Оцінку здатності контролю за поведінкою, порушення психічних функцій можна проводити за:

1) Монтреальська шкала оцінки когнітивних здібностей (Montreal Cognitive Assessment, MoCA)

2) Коротка психіатрична оцінювальна шкала, версія 4.0 - Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) та Шкала оцінки порушення для психіатрії - Psychiatric Impairment Rating Scale (PIRS)

3) “Коротка шкала оцінки психічного статусу” (Mini Mental State Examination, MMSE) - 1 та 2 видання

4) “Бристольська шкала активності у повсякденному житті” (Bristol activity Daily Life Scale, BADL)

5) “Міжнародний нейропсихіатричний опитувальник” (Mini International Neuropsychiatric Interview, M.I.N.I.) тощо.

Тут наведені приклади тестів та шкал, як можуть бути легко застосовані для оцінки, проте цей перелік не є вичерпним, тому клініцисти можуть застосовувати й інші тести, що дадуть змогу об’єктивно оцінити стан пацієнта і прийняти обґрунтоване рішення. Перелік функціональних тестів та інструментів оцінки можна також знайти в Наказі МОЗ України від 20.11.2024 № 1946 "Про затвердження Переліку рекомендованих інструментів оцінювання функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров’я особи".

3. Здатність до самообслуговування

ОПФО проводиться з урахуванням норм, визначених постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 року № 1338 «Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи».

Орієнтовний перелік релевантної діяльності: особиста гігієна (туалет, ванна/душ, гоління, розчісування), приготування та вживання їжі, одягання (включно з ґудзиками/блискавками/шнурівками), прийом ліків, ведення побуту (прибирання, прання, миття посуду, перенесення речей, застилання ліжка), догляд за дітьми/тваринами, управління фінансами, тривале перебування на самоті.

Поведінкові ознаки для спостереження: рухи верхніх кінцівок, маніпуляції з дрібними предметами/одягом/телефоном, користування рукомийником/пляшкою, перенесення речей, підтримання пози, зміни положення тіла.

Орієнтовні відкриті питання:

Чи маєте ви труднощі з самостійним приготуванням їжі (очищення овочів, нарізання, розкриття упаковок, банок, варіння, смаження)? Які саме? Як часто?

Чи маєте ви труднощі з самостійним використанням плити (електричної, газової), печі, тощо? Які саме? Як часто?

Чи маєте ви труднощі з самостійним використанням посуду (пересення каструлі, сковороди, тарілок)? Які саме? Як часто?

Чи маєте ви труднощі з самостійним прийомом їжі (перенесення їжі в персональний посуд, нарізання їжі, донесення їжі до рота, ковтання їжі та напоїв)? Які саме? Як часто?

Чи виникають у вас труднощі у виконанні інструкцій вашого лікаря та з регулярним прийомом ліків, або виконанням лікувальних процедур?

Як часто ви пропускаєте дозування ваших ліків? Чи користуєтеся ви автоматичними нагадуванням для прийому ліків, та органайзерами? Чи потребуєте ви сторонньої допомоги для дотримання рекомендацій вашого лікаря?

Чи маєте ви труднощі з самостійним прийомом душу, ванни? Як часто?

Чи маєте ви труднощі з самостійним розчісуванням, голінням, умиванням, чищенням зубів? Які саме? Як часто?

Чи маєте ви труднощі з самостійним використанням туалету? Які саме? Як часто?

Наскільки складно вам контролювати ваше сечовипускання, випорожнення?

Чи маєте ви труднощі з самостійним одяганням (верхнього одягу, білизни, штанів, спідниці) та одяганням взуття? Які саме? Як часто?

Чи маєте ви труднощі з самостійним застібуванням ґудзиків, блискавки?

Чи маєте ви труднощі з самостійним прибиранням будинку, миттям посуду, пранням, здійсненням покупок? Які саме? Як часто? Чи маєте ви труднощі з самостійним здійсненням інших домашніх справ (підйом та перенесення предметів, застилання ліжка, підмітання підлоги)?

Які труднощі маєте, коли робите щось для власного задоволення?

Як довго ви можете перебувати на самоті без сторонньої допомоги?

Наскільки складно вам виконувати домашню роботу або доглядати за господарством? Що саме? Чому?

Наскільки складно вам з організацією особистої повсякденної зайнятості та дозвілля? Що саме складно і чому?

Наскільки складно вам доглядати за дітьми? Що саме складно і чому?

3. Здатність до пересування

Визначається з градацією від відсутності обмеження до значного.

Діяльність для оцінювання: хода (вдома/назовні/до транспорту/за покупками), підйом сходами (з урахуванням кількості прольотів), долання перешкод, стояння/сидіння ≥ 30 хв, переходи між положеннями, користування особистим/громадським транспортом.

Поведінкові ознаки: хода від зони очікування до кабінету (темп, рівновага, задишка, використання допоміжних засобів реабілітації), поза, вставання/сідання.

Орієнтовні відкриті питання:

Наскільки виражені ваші труднощі з проходженням довгих дистанцій (наприклад, півкілометра)?

Наскільки виражені ваші труднощі з проходженням помірних дистанцій (наприклад, квартал, декілька приватних дворів, орієнтовно 200 метрів)?

Наскільки виражені ваші труднощі з проходженням коротких дистанцій (наприклад, квартал, двір, сад, в межах двору багатоквартирного будинку, орієнтовно 100 метрів)?

Наскільки виражені ваші труднощі з пересуванням у межах власного житла (кімнати)?

Як часто вам потрібно робити паузи при пересуванні на помірні відстані (наприклад, квартал, декілька приватних дворів, орієнтовно 200 метрів)?

Чи потрібна вам паличка, ходунки, крісло колісне, інші допоміжні засоби реабілітації для пересування на довгих дистанціях (наприклад, півкілометра)?

Чи потрібна вам паличка, ходунки, крісло колісне для пересування на коротких дистанціях (наприклад, квартал, двір, сад, в межах двору багатоквартирного будинку, або власного житла)? За яких обставин?

Чи виникають у вас труднощі при підйомі по сходах? Які саме? Коли чи за яких обставин?

Чи можете ви подолати підйом по 5-7 сходинках без допомоги і труднощів?

Чи виникають у вас труднощі при користуванні громадським транспортом (автобусом, тролейбусом, трамваєм, потягом)? Які саме? Коли чи за яких обставин?

Чи виникають у вас труднощі при користуванні особистим транспортом (велосипед, скутер, автомобіль)? Які саме? Коли чи за яких обставин?

4. Здатність до орієнтації

Оцінюється спроможність орієнтуватися у просторі/часі із залученням зору та слуху, із визначенням ступеня обмеження.

Діяльність для оцінювання: розпізнавання людей/ предметів/ знаків/ написів/ сигналів світлофорів на різних відстанях та в різних умовах; розуміння усної мови за різного шумового фону; потреба у технічних засобах/сторонній допомозі; безпечність потенційно небезпечних дій (перехід дороги, користування транспортом/обладнанням).

Поведінкові ознаки: спосіб прибуття/навігації в будівлі, читання форм/документів, реакція на звертання з різної відстані, переміщення в кабінеті, реакція на спонтанні звуки.

Орієнтовні відкриті питання: Наскільки вам важко впізнати знайому людину на невеликій відстані (на зупинці, в черзі магазину, до лікаря, за дверима вашого житла)? Коли чи за яких обставин?

Чи можете ви розпізнати номер громадського транспорту на зупинці, номер будинку на вулиці без окулярів чи контактних лінз? А з ними?

Чи можете ви розпізнати знак світлофору через дорогу без окулярів чи контактних лінз? А з ними?

Чи виникають у вас труднощі в нових незнайомих місцях (нове місто, нова вулиця, нова будівля лікарні, магазину, тощо)? Які саме? Коли чи за яких обставин?

Наскільки вам було складно розпізнати звук автомобіля, дзвінок телефону, дверний дзвінок? Які саме? Коли чи за яких обставин?

Наскільки вам складно розуміти в цілому, що говорять інші люди без шуму? А в умовах шуму (на вулиці, зупинці, в транспорті)?

Наскільки вам важко читати повідомлення з вашого телефону, смартфону, записника? Коли чи за яких обставин?

Наскільки вам важко читати з використанням окулярів?

Чи володієте ви мовою жестів, читанням по губам?

Чи можете ви читати та писати використовуючи шрифт Брайля?

Чи використовуєте ви окуляри?

Чи використовуєте ви слухові апарати?

Чи використовуєте ви додаткові адаптаційні засоби?

5. Здатність контролювати свою поведінку

Визначається як спроможність дотримуватися морально-етичних і правових норм, забезпечувати особисту безпеку та охайність.

Діяльність для оцінювання: спілкування зі знайомими/незнайомими, соціально прийнятна поведінка (зовнішній вигляд, реакції), орієнтація в ролях та контекстах, мотивація/планування/організація, вирішення побутових завдань, користування транспортом, безпечність поводження з небезпечними предметами, перехід дороги за ПДР, контроль сечовипускання/дефекації; оцінка рівня свідомості та реакції на зміни.

Поведінкові ознаки: поведінка під час очікування/проведення ОПФО, реакції на звернення, зовнішній вигляд, спонтанна мова, орієнтація в речах, виконання інструкцій, ознаки знервованості/дезорієнтації.

Орієнтовні відкриті питання:

Загалом для критерію "Контроль поведінки" пряме спостереження та непрямий вплив інших відповідей більш інформативні

Як часто у Вас виникають стани зі сплутаною, або відсутньою свідомістю? Які саме? Коли чи за яких обставин?

Чи маєте ви проблеми з ясністю свідомості протягом дня за останні 30 днів? Які саме? Коли чи за яких обставин?

Наскільки вам було складно Концентруватися на виконанні чогось протягом 10 хвилин? За яких обставин складно?

Чи можете ви самостійно отримувати побутові послуги (записатися до перукаря, оплатити комунальні послуги, банківські послуги, відвідати лікаря, робити покупки)?

Наскільки великі фінансові чи організаційні проблеми відчуває ваша родина через стан вашого здоров'я? Наприклад?

Чи виникали у Вас складнощі, при відвідуванні різних установ та закладів, вирішення яких потребувало сторонньої допомоги? Які саме? Коли чи за яких обставин?

Наскільки складно вам справлятись з пригніченим настроєм, станом страху, тривожностю? Коли чи за яких обставин?

Наскільки складно вам справлятись з неконтрольованими змінами (запізнення транспорту, візит до нового лікаря, візит в новий магазин, необхідність взаємодії з незнайомою людиною, зміни розпорядку дня, пересування новим маршрутом)? Коли чи за яких обставин?

Чи можете ви користуватися потенційно небезпечними предметами (плита, мікрохвильова піч, чайник, інші електроприбори, ніж та інші гострі предмети) Чи можете ви самостійно перейти дорогу відповідно правил ПДР?

Наскільки важко вам попросити незнайому людину про допомогу? Що саме відчуваєте і за яких обставин?

6. Здатність до спілкування (комунікативна здатність)

Оцінюється обсяг і якість встановлення/підтримання контактів та потреба в допомозі/засобах комунікації з визначенням ступеня обмеження.

Діяльність: усна комунікація в побуті/установах, знайомство в нових умовах, читання/письмо (документи, оплати, цифрові повідомлення), орієнтація за вказівниками, невербальна комунікація, читання шрифтом Брайля.

Поведінкові ознаки: взаємодія з експертами/персоналом, спонтанна мова, читання документів (у тому числі вголос), відповіді на запитання, спілкування під час очікування, користування телефоном/смартфоном.

Орієнтовні відкриті питання:

Наскільки важко вам самостійно спілкуватися з незнайомими людьми в повсякденному житті (в магазині, під час оплати комунальних послуг, в лікарні)? Чому саме важко? За яких обставин важко?

Наскільки важко вам самостійно спілкуватися з знайомими людьми в повсякденному житті? Чому саме важко? За яких обставин важко?

Наскільки Вам складно починати та підтримувати розмову? Чому саме важко? За яких обставин важко?

Чи можете ви самостійно отримувати побутові послуги (записатися до перукаря, оплатити комунальні послуги, банківські послуги, відвідати лікаря, робити покупки)? За яких обставин можете?

Чи можете ви користуватися телефоном, писати та читати повідомлення з вашого телефону, смартфону? За яких обставин можете?

Чи можете ви самостійно спілкуватися з незнайомими людьми, представитись? За яких обставин можете?

Наскільки вам було складно заводити нових друзів? Чому саме складно? За яких обставин простіше?

Наскільки вам було складно спілкуватися з незнайомими людьми? Чому саме складно? За яких обставин простіше?

Чи маєте ви друзів?

Зі скількома людьми ви контактували за останній тиждень, за виключенням близьких родичів? Чому? За яких обставин простіше контактувати?

Наскільки вам було складно підтримувати відносини з близькими людьми? Чому саме складно? За яких обставин простіше?

Наскільки сильно ви потерпаєте від когось, включаючи членів сім'ї, хто завдає вам фізичного болю, ображає або принижує, погрожує завдати вам шкоди? В чому це проявляється?

7. Здатність до навчання

Визначається спроможність сприймати/засвоювати знання, формувати навички у звичайних або спеціальних умовах з урахуванням потреби в допоміжних засобах реабілітації і сторонній допомозі.

Діяльність: виконання інструкцій із кількох кроків; формальне навчання (школа/курси); неформальне засвоєння побутових/професійних навичок; оволодіння новими діями (простими та помірної складності); безпечне поводження; мовна компетенція; читання/письмо; базова арифметика.

Поведінкові ознаки: читання власних документів, запитання та переформулювання, робота з письмовими матеріалами, заповнення форм.

Орієнтовні відкриті питання: Загалом для критерію "Навчання" клінічні дані, спостереження, анамнез та історичні дані та непрямий вплив інших відповідей більш інформативні.

Який ваш найвищий рівень освіти? Ви навчалися на загальній чи індивідуальній програмі?

Чи проходили ви якусь професійну підготовку?

Чи володієте ви базовими математичними діями (додавання, віднімання, множення, ділення)? - можна попросити виконати дію

Чи можете ви читати? - можна попросити виконати дію

Чи можете ви писати? - можна попросити виконати дію

Чи можете ви самостійно запланувати задачу і виконати її до кінця (покупка та приготування їжі коли голодний, зміна одягу, прибирання будинку, вирішення базових проблем - запис до лікаря, покупка їжі, догляд за іншими, хобі, працевлаштування, розпоряджання грошима)? За яких обставин можете?

Чи можете ви самостійно розпоряджатися грошима (планувати на місяць, рахувати прибуток і розходи)? За яких обставин можете?

Наскільки вам складно самостійно опанувати нове завдання, наприклад, знайти шлях у нове місце? За яких обставин простіше?

Чому новому в побуті ви востаннє навчились (користування новою технікою чи виконання рукоділля)? Як?

Яку останню книжку чи статтю ви прочитали? Про що вона була? Які в ній були ідеї, які ви запам’ятали?

Наскільки вам складно самостійно опанувати нові прості завдання, наприклад, вмикання телевізора, вмикання музики, заварювання чаю, користування телефоном, або смартфоном (використання програм, використання мікрохвильової печі, прання)?

8. Здатність до трудової діяльності

Оцінюється сукупність фізичних/соціальних/психологічних можливостей виконувати працю, з визначенням збереження професійної здатності,

допустимого обсягу роботи, потреби в адаптаціях і можливості працевлаштування.

Діяльність: фізична складова (пересування, тривале сидіння/стояние з вільним користуванням верхніми кінцівками, зміна положень, піднімання/перенесення, дрібна моторика, керування транспортом) та розумова складова за конкретною професією.

Інтерв'ювання проводиться з деталізацією типового робочого дня, варіативності стану, можливостей адаптації, впливу лікування.

Орієнтовні відкриті питання: Загалом для критерію "Працездатність" непрямий вплив інших відповідей більш інформативний

Яка ваша професія або постійна робота або остання робота?

Що саме, які дії, ви робите протягом дня? Що ваша професія/постійна робота/остання робота переважно передбачає як результат вашої діяльності?

Чи втратили ви здатність виконувати вашу попередню роботу якісно і повністю, зберігаючи власну безпеку та безпеку оточуючих після захворювання?

Чи змінили ви, або потребуєте зміни професії внаслідок захворювання, або стану? Чому? На яку саме роботу на вашу думку?

Чи потребуєте ви спеціальних засобів, або адаптації робочого місця внаслідок захворювання, або стану? В чому саме?

Чи було складно взаємодіяти з колегами або одногрупниками? За яких обставин простіше?

Наскільки вам складно виконувати повсякденну діяльність на роботі або навчанні? За яких обставин простіше?

Наскільки вам складно виконувати повсякденну діяльність на роботі або навчанні якісно? За яких обставин виходить якісніше?

Наскільки вам складно виконувати всю необхідну роботу? За яких обставин простіше?

Наскільки вам складно виконувати всю роботу так швидко, наскільки це необхідно? За яких обставин простіше?

Скільки часу в годинах за день витрачаєте на підтримання здоров’я? Що саме ви робите для підтримання здоров’я?

Наскільки фінансово чи організаційно складно вам та родині підтримувати ваше здоров’я? В чому саме? За яких обставин простіше?

Загалом, за останні 30 днів, скільки днів ви були повністю не в змозі виконувати свої звичні справи або роботу через стан здоров’я?

Окрім днів, коли ви були повністю не в змозі функціонувати, скільки днів ви скорочували або зменшували свої звичні справи чи роботу через стан здоров’я?

У протоколі розгляду наводяться верифіковані приклади, що відображають реальні можливості («самостійно завантажує 2-л пляшки води…», «не переносить повну каструлю» тощо).

XI. Узагальнення та критерії інтерпретації

Під час формування висновку враховуються: (1) загальна можливість виконання дії; (2) ефективність та труднощі під час виконання; (3) поширеність/частота в часі; (4) безпека; (5) інтенсивність болю, задишки, втоми; (6) динаміка порушень у часі.

Оцінювання здійснюється з огляду на типові можливості особи протягом репрезентативного періоду, а не лише в день огляду; з’ясовуються частота «добрих» і «поганих» днів, їх тригери та відповідність клінічній картині.

Якщо дія не може бути виконана безпечно — особа вважається такою, що не здатна її виконати.

За наявності значного болю під час діяльності (орієнтовно ≥ 7/10), що унеможливлює ефективне виконання, дія вважається невиконуваною; при цьому беруться до уваги передбачуваність появи болю та ефективність лікування. Аналогічно враховуються задишка і втома (зокрема при ході та підйомі сходами).

Загалом джерела отримання інформації про пацієнта мають різну вагу при оцінці, результати обстеження, разом з об’єктивними даними лабораторних, інструментальних методів дослідження, медична документація пацієнта має

найвищу інформативність, тоді як дані спостереження й опитування містять елемент суб'єктивності та потребують ретельної інтерпретації, але є невід'ємним джерелом даних про пацієнта.

XII. Співставлення з діагнозами та клінічною картиною

Під час проведення ОПФО стан пацієнта має розглядатися комплексно, з урахуванням всіх наявних у людини захворювань та станів, компенсаторних можливостей.

За наявності коморбідних станів визначається їх взаємозв'язок: незалежний (вплив на різні функції), конвергентний (вплив на ті самі функції) або взаємо підсилювальний (посилення обмежень). При врахуванні множинних станів та захворювань потрібно логічно обґрунтувати їх вплив на функціональні можливості особи та критерії життєдіяльності.

Не допускається механічне сумування множинних незначних порушень з метою необґрунтованого підвищення ступеня обмеження.

Функціональні твердження особи співвідносяться з діагнозом(ами), стадією хвороби, анамнестичними та об'єктивними даними.

У разі невідповідності заявлених обмежень типовому перебігу стану (наприклад, заяви про щотижневу вимушену іммобілізацію в ліжку при відсутності об'єктивних ознак у разі механічного болю в спині) експертна команда зобов'язана провести додаткову перевірку та надати мотивоване обґрунтування висновку у протоколі розгляду.

XIII. Допоміжні інструменти ОПФО

1. Для оцінки загальних функціональних особливостей людини, можна додатково використовувати чи схилятись на структуру стандартизованих опитників, які містять визначений перелік та інструкцію до інтерпретації результатів, або їх окремі елементи. Серед таких зокрема:

Таблиця оцінювання обмеження життєдіяльності від ВООЗ (WHODAS 2.0) базується на Міжнародній класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) (англ. International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF);

Шкала Визначення функціональної незалежності - Functional Independence Measure (FIM) розроблена з метою оцінки осіб у процесі реабілітації;

Індекс Бартела – порядкова шкала, яка вимірює здатність людини виконувати активності повсякденного життя (Activities of Daily Living, ADL).

Дані отримані з опитників, можуть допомогти точніше оцінити критерії життєдіяльності людини, проте структура кожного з них не завжди прямо відповідає опису та повному переліку критеріїв життєдіяльності людини.

Як і в попередніх інструкціях, необхідно співставляти дані отримані за допомогою опитника, інтерв'ю, огляду та медичної документації (діагнозу, додаткових досліджень), а також індивідуальні особливості людини, щоб коректно оцінити функціональний стан кожної особи.

Таблиця оцінювання обмеження життєдіяльності ВООЗ (WHODAS 2.0), що базується на Міжнародній класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ)

Використання опитника WHODAS 2.0 дозволяє оцінити одразу декілька критеріїв життєдіяльності людини: самообслуговування (домен 1, 3, 5), пересування (домен 2), орієнтації (домен 1, 2), спілкування (домен 1, 4), навчання (домен 1, 5)

Кожне питання передбачає відповідь, що виражена кількісно від 1 до 5, що відповідає якісному твердженню особи, де 1 - не маю проблем, 2 - легкі складнощі, 3 - помірні складнощі, 4 - значно виражені складнощі, або не можу виконати дію. Деякі питання містять відповідь так або ні, де ні - 1 бал, так - 2 бали.

Відповіді мають відображати стан життєдіяльності особи за останні 30 днів. Під складнощами або проблемами мається на увазі: вимагає надмірних зусиль, викликає дискомфорт або біль, виконується значно повільніше ніж зазвичай, вимагає зміни у способі виконання діяльності. Важливо також наголосити, щоб відповіді особи були пов'язані з його захворюваннями, або травмами.

Домен 1 - «Мислення»

Протягом останніх 30 днів, наскільки Вам було складно:

D 1.1 Концентруватися на виконанні чогось протягом 10 хвилин?

D 1.2 Запам'ятати важливі дії, які необхідно виконати?

D 1.3 Аналізувати проблеми та знаходити їх вирішення у повсякденному житті?

D 1.4 Опанувати нове завдання, наприклад, знайти шлях у нове місце?

D 1.5 Розуміти в цілому, що говорять інші люди?

D 1.6 Починати та підтримувати розмову?

Домен 2 - «Мобільність»

Протягом останніх 30 днів, наскільки Вам було складно:

D 2.1 Знаходитися у положенні стоячи протягом 30 хвилин?

D 2.2 Підводитися у положення стоячи з положення сидячи?

D 2.3 Переміщуватися всередині Вашого будинку?

D 2.4 Виходити з Вашого будинку?

D 2.5 Проходити довгі відстані, кілометр або більше?

Домен 3 - «Догляд за собою»

Протягом останніх 30 днів, наскільки Вам було складно:

D 3.1 Приймати ванну або душ?

D 3.2 Одягатися?

D3.3 Їсти?

D3.4 Залишатися вдома одному?

Домен 4 - «Стосунки»

Протягом останніх 30 днів, наскільки Вам було складно:

D 4.1 Спілкуватися з незнайомими людьми?

D 4.2 Підтримувати відносини з друзями?

D 4.3 Підтримувати відносини з близькими людьми?

D 4.4 Заводити нових друзів?

D 4.5 Підтримувати сексуальні відносини?

Домен 5 - «Життя»

Протягом останніх 30 днів, наскільки Вам було складно:

D 5.1 Виконувати домашню роботу?

D 5.2 Виконувати більшість робіт по дому якісно?

D 5.3 Виконувати всю необхідну домашню роботу?

D 5.4 Виконувати домашню роботу настільки швидко, наскільки це потрібно?

D 5.5 Виконувати повсякденну діяльність на роботі або навчанні?

D 5.6 Виконувати повсякденну діяльність на роботі або навчанні якісно?

D 5.7 Виконувати всю необхідну роботу?

D 5.8 Виконувати всю роботу так швидко, наскільки це необхідно?

Домен 6 - «Участь»

Протягом останніх 30 днів, наскільки Вам було складно:

D 6.1 Брати участь у громадській діяльності у тому ж обсязі, як інші?

D 6.2 Відчувати проблеми через бар'єри або обмеження у світі навколо?

D 6.3 Жити з гідністю, незважаючи на ставлення до хвороби?

D 6.4 Скільки часу витрачаєте на підтримання здоров'я?

D 6.5 Наскільки емоційно Ви переживаєте проблеми зі здоров'ям?

D 6.6 Наскільки складно Вам та родині підтримувати здоров'я через фінанси?

D 6.7 Які проблеми має Ваша родина через Ваш стан здоров'я?

D6.8 Які труднощі маєте, коли робите щось для власного задоволення?

Загалом, за останні 30 днів:

1. Скільки днів ви відчували труднощі, пов'язані зі станом здоров'я? Записати кількість днів.

2. Скільки з цих днів ви були повністю не в змозі виконувати свої звичні справи або роботу через стан здоров'я? Записати кількість днів.

3. Окрім днів, коли ви були повністю не в змозі функціонувати, скільки днів ви скорочували або зменшували свої звичні справи чи роботу через стан здоров'я? Записати кількість днів.

Індекс Бартела

Індекс Бартела дозволяє оцінити здатність до самообслуговування та пересування. Цей індекс вимірює ступінь, коли хтось може функціонувати самостійно і виконувати свою повсякденну діяльність, тобто прийом їжі, прийом ванни, гігієнічні процедури, одягання. Індекс також вказує на необхідність надання допомоги у догляді. Індекс Бартела (BI) є широко використовуваним показником функціональної недостатності.

При визначенні індексу необхідно фіксувати, що особа фактично робить, а не те, що особа може зробити. Основна мета полягає в тому, щоб встановити ступінь незалежності від будь-якої допомоги, фізичної або вербальної, незважаючи на незначні чи будь-які інші причини. Необхідність нагляду робить особу несамостійною. Виконання особою певних видів діяльності має бути встановлено з використанням найкращих наявних фактичних даних. Опитування особи, її друзів/родичів чи доглядальників є звичайним джерелом інформації, але пряме спостереження і здоровий глузд також важливі. Пряме тестування не є необхідним.

Більш висока оцінка означає вищий рівень самостійності. Індекс Бартеля 50 балів або нижче з високою вірогідністю вказує на необхідність стороннього догляду.

№	Функціональна активність	Бал	Опис оцінки
1.	Прийом їжі	10	Незалежний

		5	Потребує допомоги
		0	Безпомічний
2.	Переміщення з ліжка на крісло колісне і назад	15	Незалежний
		10	Мінімальна допомога
		5	Потребує підняття або значної допомоги
		0	Залежний
3.	Персональна гігієна	5	Незалежний
		0	Потребує допомоги
4.	Користування туалетом	10	Незалежний
		5	Часткова допомога
		0	Потребує допомоги
5.	Прийом ванни	5	Незалежний
		0	Потребує допомоги
6.	Пересування по рівній площині	15	Незалежний
		10	Потребує допомоги або нагляду
6а.	Керування кріслом колісним	5	Самостійне пересування на візку
		0	Потребує допомоги
7.	Підняття та спускання сходами	10	Незалежний
		5	Потребує допомоги
		0	Не може користуватись сходами

8.	Одягання та роздягання	10	Повністю незалежний
		5	Потребує допомоги
		0	Потребує повної допомоги
9.	Контроль дефекації	10	Повний контроль
		5	Іноді трапляються проблеми
		0	Нетримання
10.	Контроль сечовипускання	10	Повний контроль
		5	Іноді трапляються проблеми
		0	Нетримання

В. о. директора Департаменту цифрових трансформацій та інновацій в охороні здоров'я **Дарія СТАРУШОК**