

## СТЕНОГРАМА

засідання "круглого столу" на тему:  
"Актуальні проблеми забезпечення учасників АТО медичною,  
фізичною та психологічною реабілітацією"

2 березня 2018 року

КОРЧИНСЬКА О.А. Доброго дня, шановні запрошені! Ми вибачаємося за затримку у зв'язку з тим, що зараз у приміщеннях Верховної Ради відбувається одночасно 5 "круглих столів", черга. І ми зараз фактично чекаємо тільки помічника нашого Уповноваженого Президента Вадима Свириденка, який буде презентувати сьогодні вам новий Закон по реабілітації. Це буквально 3 хвилини. І ми розпочинаємо.

Доброго дня, шановні запрошені! Сьогоднішній наш "круглий стіл" - це найменше, що ми можемо зробити для наших військовослужбовців на фронті, це потурбуватися про те, щоб вони були достойні і мали достойну реабілітацію.

Ми би хотіли зараз почати з хвилини мовчання, тому що за цей рік 24 військовослужбовці і троє добровольців віддали своє життя за нашу Батьківщину. Серед них наша колега Сабіна Галицька. *(Хвилина мовчання)* Дякую. Сабіна була наш молодий фельдшер з 10-ї бригади. Мріяла по закінченню війни так само займатися реабілітацією військовослужбовців. Надзвичайно світла дівчина, яка дуже рано пішла, віддавши своє життя за нашу Батьківщину.

Сьогодні в нас з вами "круглий стіл" вже не перший, який ми збираємо по тематиці реабілітації військовослужбовців. Яка мета, які задачі нам сьогодні треба виконати? Сьогоднішній "круглий стіл" повинен мати чіткий результат – це вироблення єдиної міжвідомчої дорожньої карти для військовослужбовців, комісованих військовослужбовців всіх силових відомств і добровольців. Ще раз повторюю, сьогоднішня задача в нас мінімум – це отримати всю інформацію, яка на даний момент вироблена в наших закладах реабілітаційних, впровадити її в ті заклади, які сьогодні в нас запрошені.

В нас сьогодні запрошені представники трьох міністерств. Міністерство охорони здоров'я, запрошені керівники всіх госпіталів ветеранів війни. Сьогодні запрошені представники Медичної академії наук, науковий інститут, який сьогодні, я буду наполягати, мабуть, одна із зірок нашого сьогоднішнього "круглого столу" і ті технології, які вони сьогодні покажуть, ми будемо просити їх впроваджувати у всі інші заклади.

Сьогодні ми продемонструємо вам, що у нас є досягнення у Міністерства соціальної політики. Кілька закладів, котрі стосуються реабілітації і соціалізації військовослужбовців. І, без сумніву, один із самих

перших блоків – це буде військовий блок. Презентувати сьогодні будуть свої програми Міністерство оборони, Міністерство внутрішніх справ.

На початку я слово надаю співорганізатору нашого "круглого столу", який вже не перший раз разом з нами працює і безпосередньо є учасником бойових дій, важкопораненим, який пройшов всі митарства нашої реабілітаційної системи, який був за кордоном і знає, як це поставлено і як нам треба поставити. Це співорганізатор нашого "круглого столу" Вадим Свириденко - Уповноважений Президента зі справ ветеранів АТО. Прошу.

СВИРИДЕНКО В.В. Дякую вам.

Я всіх вітаю в цьому залі і дякую, що ви всі прийшли. Я зразу хочу зробити маленький відступ. Я повернувся з відрядження з Дніпра, там дуже серйозне питання між головою МСЕК і атовцями. Всі бачили цю проблематику, коли в смітник кидають голову МСЕК, і тому я думаю, що це питання будемо розвивати. Буде створена за нашою ініціативою комісія, щоб вона розібралась в цьому питанні, і я думаю, що почавши з МСЕК в Дніпрі, ми будемо створювати нові "столи", щоб це питання відпрацювати. Я знаю, що є напрацювання, так що в нас ще велике майбутнє з вами, будемо працювати.

На сьогоднішній день теж зроблена велика робота по створенню реабілітації. Те, що ми зробили, можна перерахувати ті реабілітаційні центри, які вже зробили великий крок вперед, але в нас не було одного – це Закон по реабілітації. Своїм офісом, була дуже велика команда, які це створювали, було залучено багато людей, серед них психологи, лікарів надзвичайно багато, сьогодні ми хочемо презентувати Закон по реабілітації.

Я передаю слово Наталії Зарецькій, яка керує Офісом.

КОРЧИНСЬКА О.А. Хочемо єдине зауважити в преамбулі зараз до виступу пані Наталі, що у нас був з вами "круглий стіл" і кілька засідань, коли вирішували, який закон робимо: універсальний реабілітаційний закон чи все ж таки окремий для учасників бойових дій. На даний момент група схиляється до того, що цей закон буде не універсальним, він буде вузькоспеціалізованим, що стосується учасників бойових дій.

Чому так? Пані Наталя, так само пояснить і презентує. Прошу, пані Наталю.

ЗАРЕЦЬКА Н.Є. Пані Оксано, дякую.

Шановні колеги, рада всіх вітати в цьому активному товаристві, в цій заповненій залі.

На сьогодні мені дійсно випала честь презентувати роботу команди, тому що головне, що ми зробили - ми зібрали команду. Ми зібрали тих фахівців, які працювали над цими питаннями, починаючи з 2014 року. Не буду зараз перераховувати всі етапи, які були пройдені. Головне, що ми

маємо перший спільний результат, який фактично зараз вже перейшов у фазу підготовки до того, щоб бути переданим в парламентську залу для розгляду народними депутатами. При цьому мушу відзначити, що дуже добре, що Президент України зголосився виступати суб'єктом законодавчої ініціативи щодо цього закону. Тому що актуальність цієї теми, вона безумовно беззаперечна.

Минулої осені багато хто з присутніх тут брали участь в громадському обговоренні проекту Закону про систему реабілітації. Однак, оскільки в процесі обговорення було прийнято рішення про те, що в наших умовах доцільніше буде стартувати з сектору безпеки й оборони, таки чином все напрацьоване в законопроекті про систему реабілітації було використано для створення Закону про реабілітацію осіб, які забезпечували державну безпеку і оборону України, захист від надзвичайних ситуацій та деяких інших осіб.

Також принагідно раді поінформувати, що сьогодні пройшло професійне обговорення даного законопроекту. Ми вже отримали відгуки з усіх центральних органів виконавчої влади і військового сектору, також у нас склався вже контакт із Міністерством охорони здоров'я і Міністерством соціальної політики. Тож законопроект на стадії доопрацювання з юристами.

В чому основна мета цього законопроекту? Ми розуміємо, що ми маємо забезпечити і створити умови для якісної, кваліфікованої і вчасної реабілітаційної й психологічної допомоги всім, хто захищали нашу Україну. При цьому в країні є система реабілітації осіб з інвалідністю, однак ми маємо розбудувати загальну систему. Складність полягає в тому, що ми розуміємо, що нам треба зараз розбудовувати систему через підсистему.

Однак, оскільки наша позиція полягає в тому, що сектор безпеки й оборони має в себе включати в тому числі і ветеранську спільноту і закон має поширюватися в тому числі і на членів сімей учасників АТО, переконані, що це реально реалізувати.

Я би хотіла передати слово Володимиру Голику – це один із наших основних двигунів роботи над цим законопроектом. Пане Володимире, будь ласка, представте законопроект.

ГОЛИК В. Дуже дякую.

Шановні колеги, дуже дякую, що ми маємо можливість презентувати законопроект. Прошу наступний слайд.

В першу чергу ми хочемо, щоб він був зручний, щоб він був зручний для громадянина, щоб він був зручний для менеджера, тобто для того, щоб ми могли його імплементувати. Будь ласка, наступний.

І я хочу зауважити, що, власне, сферою дії цього законопроекту, крім того, що він стосується певної категорії наших співгромадян, є побудова реабілітації в тому сегменті, де зараз в такому вигляді, який є у світі, її поки що не існує. Тобто ми, власне, цей закон ґрунтували на розбудові реабілітації в гострому та підгострому періодах. Тобто це саме ті періоди, коли ми

можемо спробувати, коли ми можемо максимально активізувати стратегію відновлення, тобто повернути ті функції, які були втрачені. Будь ласка, наступний.

Ми маємо дуже тривалу співпрацю зі Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Ви розумієте, що Україна як член Всесвітньої організації охорони здоров'я має виконувати, спиратися на певні нормативні документи, які є світового масштабу. І одразу я хочу зауважити, що паралельно з нашим обговоренням буде відбуватися відправлення англомовної версії законопроекту, звичайно, з тими правками, які ми отримуємо, які будуть враховані, до Всесвітньої організації охорони здоров'я для технічної експертизи. Таку практику ми вже мали в 2016 році, таку експертизу пройшов законопроект про профілактику інвалідності. Були надані певні зауваження, відповідно було реагування нашої законодавчої гілки влади.

Ну, перше, що ми маємо зрозуміти і що є ключовим в побудові сучасної системи реабілітації, це те, що це третя стратегія в сфері охорони здоров'я. Ми маємо відрізнити, що окремо є профілактика, окремо є діагностика лікування, окремо є реабілітація. Тобто проблемою станом на зараз є те, що ми змішуємо медицину з реабілітацією, що є по факту різні речі. Будь ласка, наступний.

Тобто при реабілітації ми не намагаємося лікувати хворобу, ми не намагаємося вплинути на хворобу. Але ми впливаємо на обмеження життєдіяльності, які відбуваються внаслідок будь-якої хвороби, будь-якої травми. Тобто цілі у медицині і реабілітації дещо відрізняються. Будь ласка, наступний.

Ми розуміємо, що в першу чергу ми маємо інвестувати в етап, коли ми можемо відновити функції особи, яка постраждала, тобто коли є можливість використати так звану стратегію відновлення. Будь ласка, далі.

Потенціал стратегії відновлення з часом дуже швидко падає. Тобто якщо ми хочемо щось зробити особі через рік або через два після певної гострої ситуації, ми цього не зможемо зробити. Ми маємо далі налаштовувати так звану стратегію компенсації, тобто ми маємо переобладнувати навколишнє середовище, ми маємо застосовувати певні технічні засоби реабілітації. Відповідно в певних ситуаціях, наприклад, якщо йдеться про ампутацію, стратегія компенсації починається відразу. Будь ласка, наступний.

Ми маємо чітко розуміти, що реабілітація повинна починатися якомога раніше. Тобто вже на етапі, коли особа перебуває в реанімаційному відділенні, вже потроху це втручання має бути. То ми говоримо за реабілітацію на гострому та підгострому періодах. Зараз якраз та велика діра, яку ми маємо заповнити. Будь ласка, далі.

От, відповідно ви бачите на екрані таку діаграму, яка характеризує інтенсивність реабілітації на різних періодах: гострий, підгострий, довготривалий. В чому різниця між підгострим та гострим періодами

реабілітації? Уявіть собі персону, яка перебуває в нейрохірургічному відділенні після черепно-мозкової травми. Тобто нейрохірурги успішно прооперували персону, все гаразд, все дуже добре, шви зняті. Але залишається геміпарез, залишаються певні рухові, координаційні зміни. Ну, звичайно, то не є зона відповідальності нейрохірургів, звичайно, це не є те, чим нейрохірурги мають займатися. Але персону треба відновлювати. Якраз на цьому етапі мають долучатися фахівці реабілітації, які мають зараз також бути напрацьовані. І, власне, це той період часу, коли реабілітація має бути максимально інтенсивною. Тобто якщо ми подивимося, як накладаються стратегії відновлення та компенсації на нашу періодику, ви можете це побачити на екрані. Будь ласка, наступний.

В законопроекті виділені певні суб'єкти реабілітації. Ми спробували це зробити максимально широко. Ви можете побачити, що є багато нових термінів, яких ще поки що не існує в нашому законодавчому полі. В першу чергу йдеться про так звані мультидисциплінарні команди. Ми розуміємо, що реабілітація – це робота команди фахівців і відповідно один окремий фахівець цього зробити не може. Це є менеджери. Тобто це не професія, це є певні компетенції, які надаються членами мультидисциплінарної команди, які координують діяльність цієї групи фахівців всередині і координують взаємовідносини мультидисциплінарної команди з загалом назовні. Відповідно це громадські об'єднання осіб з обмеженою життєдіяльністю, осіб з інвалідністю та фахівців реабілітації.

Будь ласка, зверніть увагу на 10-й пункт: "Саморегульовані організації фахівців реабілітації." Ми зараз із вами чітко розуміємо, що будь-яка професійна діяльність у світі у цивілізованих країнах відбувається через так звану сертифікацію фахівців, яка має відбутися в професійному середовищі. Тобто професіонали мають підтвердити, що певна особа має певні професійні компетентності, відповідно до цього вона може надавати певні послуги. Після цього вже держава дає ліцензію, дає дозвіл на певну діяльність. У нас такої практики поки що зараз в Україні в системі охорони здоров'я немає. Але стосовно до законодавства такі прецеденти є і це працює в системі обігу цінних паперів, це працює у адвокатів, це працює в суддів. І, власне, цей термін "саморегульовані організації фахівців реабілітації", він позичений з цього законодавства. Будь ласка, далі.

А по факту ми маємо відповіді на декілька простих питань, які нам задає пацієнт, які задає особа, яка лежить в стаціонарі: як ходити? Як чистити зуби? Де працювати? Як прибиратися вдома? Як радіти? Як розмовляти та кувтати? Ми всі розуміємо, що на ці відповіді тільки лікар або медична сестра, або вони разом вдвох не зможуть дати відповідь, бо тут потрібно залучати команду професіоналів. Будь ласка, далі.

То цими професіоналами є фахівці реабілітації. Це є особи, які безпосередньо надають реабілітаційну допомогу, мають відповідну освіту, підтвержені професійні компетентності та постійно підвищують свій

професійний рівень. Ми розуміємо, що нам потрібні, наприклад, фізичні терапевти. Де їх взяти в Україні? Нібито в офіційному полі є тільки назви класифікаторів професій, але по факту 69 освітніх програм станом на зараз ліцензовані і випускають фахівців фізичної реабілітації. Де ці всі люди? Півтора роки тому щорічно випускалось півтори тисячі таких фахівців в Україні. Така система працює вже більше 10 років. То вони всі працюють або по хатах, або вони працюють у фітнесі, або вони працюють будь-де, але це ті кадри, які мають бути залучені офіційно до закладів охорони здоров'я, до закладів реабілітації, надавати ефективну допомогу. Саме в такий спосіб ми можемо це налаштувати. Будь ласка, далі.

Перелік фахівців реабілітації, які є у світі, і відповідно до цього ми хочемо далі будувати нашу систему, ви бачите, лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти, ерготерапевти, терапевти мови та мовлення, протезисти-ортезисти, надавачі психологічних послуг, соціальні працівники, які мають відповідну спеціалізацію, фахівці зі спеціальністю "спеціальна освіта", сестри з медичної реабілітації, асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів. Звичайно, багато назв для вас є також новими, але я хочу сказати, що лікарі фізичної реабілітаційної медицини, фізичні терапевти, ерготерапевти вже існують в класифікаторі нашому національному професій з 2016 року. Асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевти введені зміною № 6, яка відбулась восени цього року. Тобто назви є, ми маємо далі це будувати. Власне, є певний план, як використати існуючі кадрові ресурси, які в нас є, яких в нас дуже багато, але ми маємо певним чином їх зорганізувати, додати їм певних знань, компетентності, зорганізувати їх діяльність. Будь ласка, наступний.

Ми маємо розуміти і це дуже важливо при наших роздумах, а скільки це коштує - інтенсивність реабілітаційної допомоги? От станом на зараз є багато локальних ініціатив, які розбудовують центри реабілітації, і всі ці ініціативи стикаються зі стандартною проблемою: де взяти цих фахівців? Навіть, якщо ми їх візьмемо, яким чином цих фахівців затримати в державній установі? Бо ми маємо розуміти: якщо вони працюють по хатах, вони отримують одні ресурси, ми маємо їх заохотити працювати на державу.

Давайте калькулюємо. Якщо ми говоримо за інтенсивність реабілітаційної допомоги, то найбільш інтенсивна допомога - то є надання 3-4 годин (порахуйте) індивідуального втручання в закладах реабілітації. А далі уявляємо собі: 10 ліжок, наприклад, спинального відділення, тобто 10 пацієнтів. Кожен день кожен пацієнт має отримувати 4 або, ну, скажемо так, реальні це є 3 години реабілітаційного втручання. Для спільного пацієнта до одної людини мають долучитися якнайменше 2 фахівці. І далі калькулюємо, скільки людей фахівців реабілітації має бути в цьому відділенні для того, щоб надавати ефективну реабілітаційну допомогу. Відповідно ми маємо це розуміти. Тобто скільки коштує година, скільки таких годин має бути,

скільки має бути людей, щоб ці години забезпечити. Ну і далі калькуляція продовжується. Будь ласка, далі.

Відповідно ви можете бачити: 3-4 години щоденно – це підгострий період реабілітації. Подалі вже на довготривалому періоді це може бути година та менше. Для психологічної реабілітації, звичайно, розрахунок інший, оскільки це інша сфера і інакше формується надання допомоги.

Мультидисциплінарна команда. Дискусії стосовно того, що є таке мультидисциплінарна команда тривали дуже довго. Ну, наприклад, поліклініка, чи це є мультидисциплінарна команда? Нібито за формальною ознакою – так, це і єдине приміщення, це група фахівців. Є одна персону, яка є, наприклад, пацієнтом, вона заходить до 10 кабінетів і від кожного фахівця отримує папір. Що ми маємо на виході? Ми маємо 10 паперів, одну персону і ніякої координації. Тобто мультидисциплінарна команда, на відміну від такої організації, яка по факту такою не є. Є організаційно оформлена функціонально виокремлена група фахівців, які об'єднані спільними цілями реабілітаційного процесу. Ключове для нашої реабілітації – то є цілі. Якщо ми не можемо чітко сформулювати, через який час, що ми очікуємо від пацієнта і що це має бути за відновлення, то ми не ставимо за ціль збільшити силу кінцівки на 2 бала, ми ставимо за ціль, що особа має навчитися брати виделку, ложку, нормально стояти біля кухонної поверхні, щось готувати, не тримаючись здоровою рукою за поверхню. Тобто це конкретні функціональні цілі. І, власне, цих цілей ми маємо досягати. Якщо ми їх не розуміємо, то питання, чи то є процес реабілітаційний. Відповідно мультидисциплінарні команди проводять реабілітацію високої та середньої інтенсивності в закладах охорони здоров'я, можуть в інших закладах, але в першу чергу йдеться про заклади охорони здоров'я.

Ще однією специфікою даного законопроекту є індивідуальна програма реабілітації. Ви знаєте, станом на зараз кожна персону з інвалідністю, вона отримує індивідуальну програму реабілітації, але ці індивідуальні програми розробляються після огляду особи медико-соціальною експертною комісією. Тобто до того, як особа потрапляє на огляд МСЕК, ніякої індивідуальної програми не існує або існує щось некоординоване.

В даному випадку йдеться про те, що індивідуальна програма має розроблятися на самому початку. І то не має бути МСЕК, який дивиться на пацієнта півгодини і дивиться далі його папери. Це має бути мультидисциплінарна команда, яка постійно з цією персоною перебуває, яка бачить його прогрес або не прогрес, яка бачить його індивідуальні проблеми, яка може сформулювати ті цілі, які потрібні, власне, цій персоні. Відповідно вона відбувається, коли у персоні зафіксовано обмеження життєдіяльності – це наш ключовий термін. Тобто відмінності цього законопроекту від існуючої ситуації – це те, що індивідуальна програма починається з самого початку.

Як ми міряємо ситуацію? Коли оцінювальна місія в 2015 році відвідала декілька МСЕКів, вони спілкувалися безпосередньо з лікарями МСЕК. І професор Грутен Бруннен, який очолював цю місію, він поставив дуже прості питання до лікарів: "А як ви оцінюєте ваших пацієнтів, якими ви користуєтеся інструментами?". Йому відповідають, що ми дивимося на кардіограму, ми дивимося на томографію, вимірюємо тиск, робимо звичайне дослідження як лікарі. Він був трохи здивований: "Але ж ви маєте поміряти щось, що ви маєте відновити". Що, ми відновлюємо кардіограму чи ми відновлюємо картинку по МРТ, чи ми відновлюємо функції, яких немає ні на кардіограмі, ні на картинці МРТ? Тобто є інший інструмент, який має бути використаний для того, щоб ми говорили, що ми оцінюємо пацієнта з метою подальшої реабілітації. Власне, цей інструмент в нас є – це Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я. Вона у світі існує з 2001 року. На щастя, з минулого грудня, ви пам'ятаєте, Кабінетом Міністрів України прийнято розпорядження № 1008 стосовно до затвердження плану впровадження Міжнародної класифікації функціонування в Україні. Там багато є речей, які треба впроваджувати вперше, то є звичайно. Оскільки ми фактично маємо впровадити новий лексикон, нову термінологію, бо все це є нове для нас, то є звичайне.

І подивіться на екран, що ви там можете бачити. Зверху є стан здоров'я. Там не є, скажімо там, не названа якась окрема хвороба або окрема травма. Уявіть собі 100 людей, у яких є правобічний геміпарез. Той геміпарез може бути внаслідок інсульту, він може бути внаслідок травми, він може бути внаслідок енцефаліту. Тобто різні патології, які по-різному лікуються. Але всі ці 100 осіб хочуть різних речей: один хоче повернутися до керування автівкою, один хоче читати книги, інший хоче грати на фортепіано. Тобто для кожного пацієнта з єдиним геміпарезом має бути окремий підхід і ми маємо виконувати різні завдання для цього.

То якщо ми подивимося далі на цю схему, далі ми бачимо структури. І я вам трохи поясню. Тобто "стан здоров'я", в даному випадку ми вводимо такий термін в нашу законодавчу базу, це узагальнений термін, це в принципі сукупність травм, хвороб або захворювань. Але ми маємо також розуміти, є вагітність, яка потребує певного впливу, є старіння, яке потребує також певного впливу. Чи вагітність і старіння – це хвороба? Ні. Але це також потребує певних реабілітаційних втручань.

Також, наприклад, станом здоров'я є інсульт. Внаслідок інсульту у нас постраждав мозок – то є порушення структури. Внаслідок цього страждання мозку у нас є геміпарез, тобто порушення функцій. Внаслідок геміпарезу особа не може пересуватись, не може ходити – то є активність. І внаслідок того, що особа не може пересуватись, вона не може працювати в певний спосіб – то є участь.

Але дивіться, знизу є фактори навколишнього середовища, ми такій особі даємо певні технічні засоби реабілітації, вона працює, тобто участь



відновлюється. Не відновлюються функціональні порушення, але відновлюється участь за рахунок технічних засобів реабілітації. Ми заохочуємо персону, ми долучаємо психолога – вона мотивована, відповідно також ми можемо досягнути більшого.

Будь ласка, далі. Тобто ідеться про те, що реабілітаційне обстеження – це має бути обстеження виключно, яке будується, яке ґрунтується на Міжнародній класифікації функціонування.

Будь ласка, далі. Психологічна реабілітація – це другий великий напрямок нашого законопроекту. Сукупність реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених психічних функцій, станів, якостей, властивостей, особистого соціального статусу людей, сприяння психологічній адаптації до зміненої життєвої ситуації, а також осмисленню досвіду, отриманого в екстремальній ситуації та втіленні його в життя.

Будь ласка, далі. Ми всі розуміємо, що зараз реабілітація є розпорошеною, нею займаються багато органів державної влади, і на цьому наголосила – це є очевидна ситуація – на цьому також наголосила оцінювальна місія. Відповідно це потребує дуже великої координації. Ми бачимо, що ця координація у нас насправді не відбувається.

Будь ласка, далі. Тобто відповідно, знову ж таки, до рекомендацій оцінювальної місії має бути створений єдиний орган, який забезпечує стандартизацію, який забезпечує підзаконні нормативні акти, які скоординовані з усім. Тобто це не є координація вісьмох органів виконавчої влади, а це є узгодження цими органами, але з єдиного керівного центру.

Будь ласка, далі. Роль медико-соціальної експертизи, найбільш болюча тема. Пан Вадим якраз про це розпочав говорити. Тобто ми зараз розуміємо, що система ця побудована по старому радянському принципу, він є звичайно негарним. В цій системі працюють лікарі, які не можуть користуватись інструментами, які фактично можуть оцінити обмеження життєдіяльності особи, ті лікарі не долучені безпосередньо до надання реабілітаційної допомоги такому пацієнтові і, власне, вони не мають уявлення, що відбувається, крім того, що вони бачать за паперами. Тобто пацієнт приходить з купою паперів і це єдине джерело інформації, крім самого пацієнта, яке може характеризувати його стан. Відповідно там немає тих фахівців, які можуть оцінити його функціональні здібності. Тобто яскравим прикладом була ситуація, коли треба було зробити систему підбору візків для таких пацієнтів.

Ми даємо до системи нові інструменти оцінювання, ми долучаємо нових фахівців. Відповідно ми розуміємо, що дуже багато змін має відбутись з іншим існуючим законодавством, але без цього це неможливо, бо ми розуміємо, що, знаєте, як говорять, ми не можемо зробити певний нормативний акт, бо цього немає "зверху". А може бути навпаки: ми не

можемо зробити "зверху", бо цього немає в усталеному нормативному полі, тобто ми потрапляємо в таке порочне коло.

Я хочу наголосити, що цей закон є в онлайн режимі. Ми проводимо онлайн обговорення на [viche-online.org](http://viche-online.org). Будь ласка, занотуйте цю електронну адресу. Ця адреса повністю відкрита. Єдине, що треба авторизуватись, коли ви вносите туди свої правки. Ми запрошуємо вас до продовження обговорення.

Дякую.

ЗАРЕЦЬКА Н.Є. Пане Володимире, щиро дякую.

Шановне товариство, таким чином наш внесок на сьогоднішній "круглий стіл" – це законопроект, який ми представили. Ми дуже раді, що ми змогли в ньому врахувати досвід професійних спільнот і ми запрошуємо всіх вас приєднатись до нас, до доопрацювання цього закону. Це реально можна зробити. Будь ласка, платформа [viche-online.org](http://viche-online.org). Заходьте, реєструйтесь, коментуйте, давайте зауваження, пропозиції. Всі зауваження, пропозиції внесені на платформу до 14 березня, по 14 березня включно будуть враховані при подальшому опрацюванні проекту акту.

Дякуємо.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дуже вдячні.

Ще раз просимо нагадати і записати, що всі ваші зауваження чекають на платформі [viche-online.org](http://viche-online.org).

Це президентський законопроект, він зараз проходить стадію громадського обговорення. Буде винесений буквально протягом березня на Раду реформ. Якщо ви хочете долучитись (і це буде вам надзвичайно корисно вивчити всі пропозиції, які є в цьому законопроекті), у вас є шанс, тому що в зал він буде винесений на голосування в першому читанні десь в кінці березня-на початку квітня. Тому всім, хто хоче долучитись і безпосередньо прокоментувати зауваження до законопроекту, зараз це чудовий шанс.

Зараз ми переходимо не до блоку, а надаємо слово заступнику Міністра соціальної політики пані Наталі Федорович. Це буде, скажімо, таке виключення безпосередньо для пані Наталі, як для заступника міністра, тому що насправді у нас блок соціальної політики буде безпосередньо в другій половині нашого "круглого столу", тому що ми логічно спочатку ідемо з вами і обговорюємо адаптацію військовослужбовців, яких країна відправила на війну, і коли вони потрапляють до нас у відпустки або повертаються, або комісуються. Потім буде блок Міністерства охорони здоров'я – все, що стосується реабілітації підгострих періодів, а потім ми вже переходимо безпосередньо до Міністерства соціальної політики і до їх закладів.

Ще раз кажу, що задачею цього "столу" є випрацювання єдиної дорожньої міжвідомчої карти. Це сервіс для військовослужбовця і для

добровольця, який, що б з ним не сталося, він діючий військовослужбовець, чи він вже комісувався, коли він прийшов у будь-які наші органи, це і стосується Міністерства соціальної політики, закладів Міністерства охорони здоров'я, госпіталі Міністерства оборони відповідні, МВС і наші решта силових відомств, йому повинні надати максимальну консультацію, куди йому звернутися.

Ми сьогоднішній "круглий стіл" в першу чергу робимо для того, щоб ви знали, люди, які задіяні у нашій побутовій системі реабілітації, позаяк відсутня ще система, це ми з вами створюємо цю систему, щоб ви знали, що ми маємо у всіх відомствах. І коли до вас звертаються наші військовослужбовці, щоб відповідно могли порадити. А задача наших міністерств – донести до своїх підлеглих ту інформацію і цей наш каталог, нашу "дорожню карту" для того, щоб полегшити можливість надання реабілітації військовослужбовцям. Тому що, ще раз нагадую, кожен раз всі, хто бувають у наших госпіталях, як військових, так і госпіталях ветеранів війни, ви дуже часто стикаєтеся з ситуацією, що військовослужбовець або комісований знаходиться не на своєму місці, що йому потрібна розробка кінцівок, а в цей час він знаходиться просто в санаторії, але квоту свою, яку закон надає йому раз на рік використати, він використав, а йому насправді з пораненням кінцівок треба бути на реабілітації в Циблях. Або якщо відповідно йому відповідно нейрореабілітація потрібна спинальних поранених, то йому треба бути, звичайно, в Клевані. А якщо у нього багаторазова акубаротравма і важкі наслідки ПТСР, то йому, відповідно, треба бути в Інституті професійних захворювань імені Кундієва, а не в наших шановних санаторіях, де йому не нададуть ту допомогу, на яку він заслуговує від держави.

Ще раз, переходимо зараз до виступу пані Наталі, а потім до "силового" блоку.

Дякую.

ФЕДОРОВИЧ Н.В. Дякую сердечно, шановна пані Оксано! Найперше, дякую вам за вашу послідовну працю в напрямку соціального захисту і реабілітації ветеранів – це дуже важливо. І ви насправді не даєте нам зовсім ані на хвилину забути про наші обов'язки – це дуже важливо. І ми вам дуже вдячні за ці всі напрацювання і за координацію постійну.

Це вже другий "круглий стіл". І для мене першим завданням було відповісти собі вчора на запитання, що сьогодні новішого я скажу в порівнянні з тим, що сказала кілька місяців тому, коли ми збиралися в іншому залі, тут навпроти, на Грушевського. Сьогодні можу сказати те, що з приводу психологічної реабілітації нами прийнятий не лише порядок використання коштів для проведення психологічної реабілітації, але актуальним залишається розуміння стандартів. І ми далі чекаємо їх від наших

колег з МОЗ або розуміємо, що це має бути наша спільна праця. Точно так само для мене залишається невирішеним питання, пов'язане зі змістом ІПРів.

Шановний колега пан Володимир згадав про МСЕКи, назвав серйозні проблеми, пов'язані з МСЕКами, але психологічна реабілітація не може належним чином відбуватися, якщо не буде реалізоване завдання, визначене розпорядженням Кабміну від березня 2015 року, про внесення змін до ІПРів, де має бути передбачений окремий блок, пов'язаний з психологічною реабілітацією, де людині буде визначено, що саме вона потребує, яких саме послуг вона потребує, чи вона потребує послуг психологічної реабілітації, чи це ПТСР, чи вона потребує багато серйозніших послуг, пов'язаних з наданням медичних послуг.

Отже, та величезна проблема, яка стояла перед нами, що ж визначити критерієм того, хто може проводити психологічну реабілітацію, у нас не було іншого варіанту, окрім того, щоб зупинитись, що єдиним критерієм є диплом психолога. Насправді це неправильно. І два дні тому, коли ми збиралися вкотре на обговорення комплексу питань, пов'язаних з психологічною реабілітацією, з її реалізацією, ми дійшли до висновку, що все-таки потрібно говорити, по-перше, про серйознішу координацію і здійснення її, пов'язану з підготовкою спеціалістів. І найближчим часом ми проведемо робочу зустріч з Міністерством освіти і науки, для того щоб зібрати вузи, які готують психологів, і говорити про спеціалізовану практику, а це дуже важливо, бо вона має бути не менш як 4 місяці, спеціалізована практика. І очевидно, ця практика має бути точно не десь тут, в наших мирних умовах, тому що перша проблема, яка виникає, яку ми чуємо від ветеранів, це те, що коли він спілкується з людиною, яка претендує надавати послуги з психологічної реабілітації, яка не була в зоні проведення АТО, цей фахівець як фахівець не сприймається. Тому перше питання – це практика. Тільки питання: де, питання, що буде критерієм того, що вона пройдена, але це, очевидно, також і певний спецкурс і певне навчання, бо очевидно, що не кожен психолог, який має таку освіту, може її проводити. Питання залишається надалі відкритим, попри те, що кошти в бюджеті виділені, і відповідно до визначених завдань 2 документи прийняті.

Соціальна і професійна адаптація – теж відповідні документи прийняті або зараз перебувають на розгляді в Кабміні і на найближчому засіданні будуть прийняті, внесені, тобто зміни до порядку проведення психологічної адаптації відповідно до тих змін до Закону "Про соціальний захист ветеранів і гарантії їх соціального захисту", які були прийняті в листопаді минулого року. Але для нас, серед іншого, ті завдання, які ми усвідомлюємо, це перше, розуміння того, що не просто органами соцзахисту скерування ветерана в службу зайнятості, в центри зайнятості для професійного орієнтування, використання їхніх ресурсів, але й також консультування з приводу того, що курси водіння – це не єдине навчання, яке може пройти ветеран, і також розширення різного спектру професійної перепідготовки і надання

відповідних професійних змін для того, щоб справді працевлаштуватися. І критерієм ефективності мають бути не пройдені курси, не використані кошти з бюджету, не реалізована програма в повній мірі, а працевлаштованість чи не працевлаштованість ветерана.

Наступний блок - санаторно-курортне лікування. Мій колега, керівник Виконавчої дирекції Фонду соціального страхування Євген Володимирович Баженов, в наступній частині розповість про ті дві важливі програми, які розпочаті Фондом минулого року, але я скажу про те, що для нас залишається відкритим питання проведення "санкуру" спільно з членами сім'ї. Станом на сьогодні воно не може здійснюватись відповідно до нашої бюджетної програми і відповідно ми абсолютно переконані, скажімо так, в не повній ефективності, бо ми розуміємо насправді, що це відбувається, але також і ми створили реєстр тих закладів за нозологіями.

Зараз ми також збираємо інформацію за підсумками минулого року про якість надання тих послуг різними закладами санаторними і також розпочали роботу над підготовкою критеріїв ефективності, бо треба зрозуміти, що є в умовах, коли ми весь час говоримо про дерегуляцію, про заборону проведення перевірок, яким чином ми маємо зрозуміти, якісно чи не якісно надані послуги, бо якість закладу ще не гарантує те, що послуги ветерану будуть надані якісно. Ми маємо багато прикладів, коли там супер чотирьохзіркові відповідні установи неякісно працюють з ветеранами. Тому це питання залишається відкритим і для нас ваші пропозиції були б дуже важливі.

З приводу протезування і забезпечення технічними засобами реабілітації, наше міністерство готує зараз зміни в 321-й постанові, яка визначає механізм забезпечення технічними засобами реабілітації, частина з них передбачено монетизувати. Сподіваємось, що це буде ефективний і добрий приклад, але питання контролю за якістю здійснення протезування і забезпечення технічними засобами реабілітації залишається актуальним.

І на завершення, бо мені насправді дуже важливо почути ваші пропозиції, ваші запитання і вашу критику до нас, я хотіла б сказати про те, що, за моїм глибоким переконанням, як чиновника, як посадової особи, є необхідність збільшення фактичних ресурсів на роботу з ветеранами: і людських, і технічних. З початком війни в органах соціального захисту, а саме ці структури несуть ключове навантаження в роботі з ветеранами, штатна чисельність людей не збільшилась і питання технічного забезпечення теж залишається відкритим. З того огляду я думаю, що ця постанова, яка була прийнята Верховною Радою цього тижня, є дуже важлива.

Дякую ще раз за можливість такої важливої експертної зустрічі і обговорення цих важливих питань. Готова відповісти на запитання і вислухати ваші пропозиції.

КОРЧИНСЬКА О.А. Пані Наталіє, дуже вдячна.

Зараз ми переходимо до представлення програм психологічно-реабілітаційних в Міністерстві оборони. Перед тим хочу тільки вам зазначити, що нам вдалось за останні півроку зробити в спектрі реабілітації наших військовослужбовців. Нам вдалось у Національного банку забрати три нецільових об'єкти, які за умови, коли ми їх забирали, ми ці нецільові об'єкти забирали по одній гривні за кожен об'єкт, ці об'єкти були за умови нашої співпраці з Міністром оборони Степаном Тимофійовичем Полтораком, що вони всі віддаються під реабілітацію військовослужбовцям.

На даний момент вже функціонує з 1 грудня 2017 року, і ми вийшли зараз на повний об'єм обслуговування. Нами забраний і експлуатується комплекс басейнів VIP-класу, ще раз кажу, VIP-класу, це 4 басейни. Вони знаходяться на лівому березі, це те, що колишня команда дореволюційна Національного банку робила особисто під себе, ми забрали, і тепер Центральний військовий госпіталь і Ірпінь мають транспорт, яким вони щоденно возять наших соматично хворих військовослужбовців і тих, яким потрібна реабілітація, в цей комплекс басейнів. Це не тільки басейни, це і хамами, там масажі роблять. Це ми на даний момент вийшли перший раз, коли ми при госпіталі маємо такі VIP-класи, які використовуються для поранених, травмованих і соматично хворих. Це перший комплекс, який ми забрали, оформили, він уже на балансі Міністерства оборони.

Другий комплекс, який нам вдалося так само за 1 гривню забрати, це база в Затоці Одеської області, так само котра була колишнім керівництвом Національного банку для себе побудована. Нам вдалося там зараз з 20 апартаментів зробити можливість прийняття 40 військовослужбовців. Вона прикріплена безпосередньо як структурний підрозділ до Одеського військового госпіталю і працює, вже працює влітку. І так само ми приймаємо там, звичайно, це пізня весна і пізня осінь. Це друга база, яка зараз у нас є.

Третя база, яка передана Міністерству оборони, це санаторій "Приморський", де ми можемо одночасно прийняти 300 військовослужбовців. Єдине, що в літній період, тому що, на жаль, не мають можливості опалення цього санаторію. Це прямо на березі моря, тому абсолютно хороші умови, ми там усі вже були, і в цьому році ми перший раз, коли відкриємо цей санаторій, головне, щоб Міністерство оборони все це забезпечило кадрами.

Є 2 бази, які зараз, одна вже працює, і один із виступаючих сьогодні нам розкаже про "Тисовець", це спортивний комплекс, і друга база, яку ми будемо передавати спільно, для того щоб вони працювали, це так само як би цінний актив Національного банку, де ми забрали порядку 7 ВІП-апартаментів, так само ми будемо використовувати це для Західного регіону.

Це я вам розповіла, що нам вдалося з того ще додатково все ж таки передати Міністерству оборони безпосередньо під ті заклади, які повинні б

займатися реабілітацією. Все решта - вам зараз розкаже майор медичної служби Віктор Вікторович Писанко. Це його перший виступ.

Нагадую, що тепер Міністерство оборони має єдине управління, їх раніше було у Генерального штабу своє, а у Міністерства оборони своє. Тепер це єдине Головне військово-медичне управління. Віктор Вікторович сьогодні представляє наше Головне військово-медичне управління. Він є начальником лікувально-профілактичного управління, сам колишній начмед 25-ї бригади, який був поранений, і останній рік провів у зоні АТО, один із кращих начмедів зони АТО.

Вікторе Вікторовичу, прошу.

ПИСАНКО В.В. Дякую за представлення, Оксано Анатоліївно.

Шановні присутні! Тема моєї доповіді присвячена питанням забезпечення медичної та медико-психологічної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України. Наступний слайд, будь ласка.

На сході України сформована та функціонує п'ятирівнева система надання медичної допомоги пораненим, травмованим та хворим військовослужбовцям. Саме 4-й та 5-й рівень будуть розглянуті в цій доповіді.

Система медичного забезпечення як у мирний час, так і в особливий період побудована за територіальним принципом. Госпітальна ланка при медичній службі представлена шістьма військово-медичними клінічними центрами регіону та 15-ма військовими госпіталями, а також 4 військові мобільні госпіталі, загальна ліжкова місткість яких сягає близько 6 тисяч.

Для санаторного лікування та проведення медичної, медико-психологічної реабілітації військовослужбовців та учасників АТО в Міноборони є 4 санаторно-курортні заклади і центр медичної реабілітації, а саме: "Пуца-Водиця", "Трускавець", "Хмільник" та "Приморський". Два санаторних відділення військово-медичних клінічних центрів міста Вінниця та міста Одеса, загальна ліжкова місткість котрих сягає 1650 ліжок.

Психологічна реабілітація здійснюється за участю практичного клінічного психолога та соціального психолога як у закладах Міністерства здоров'я, Міноборони, так і поза їх межами. Основне наповнення на даному етапі буде направлено на психологічну допомогу.

Основними оперативними одиницями в системі медичної та медико-психологічної реабілітації та психологічної підтримки супроводу у Збройних Силах є 6 військово-медичних клінічних центрів регіону, які відносяться до 4-го рівня надання медичної допомоги. Загальна ліжкова місткість складає 3750 ліжок.

Щорічно стаціонарне лікування проходить близько 180 тисяч пацієнтів. У вищезазначених центрах протягом 2014-2017 років створені та функціонують окремі підрозділи для проведення медичної та медико-психологічної реабілітації. Відділення відновлюваного лікування

Національного військового медичного клінічного центру ГВКГ, місто Київ, розпочало проведення медико-психологічної реабілітації військовослужбовців з серпня 2017 року.

Клініка реабілітації професійної патології та нетрадиційних методів лікування військово-медичного клінічного центру міста Ірпінь, у складі якого функціонує відділення для реабілітації військовослужбовців з ампутованими кінцівками, розпочала свою роботу, функції з грудня 2016 року.

Відділення відновлюваного лікування військовослужбовців з нейротравмою, місто Львів, відділення психоневрологічної реабілітації, місто Старокостянтинів, Хмельницька область, які створені у 2015 році, основний напрямок – це реабілітація військовослужбовців з психіатричною патологією.

Крім вищезазначених реабілітаційних центрів Міноборони, функціонують реабілітаційні центри й відділення у складі центрів медичної реабілітації та санаторно-курортного лікування, які мають реабілітаційні функції та безпосередньо представляють умовно 5-й рівень надання медичної допомоги, а саме: "Трускавець", це у нас переважно для хворих з наслідками поранень внутрішніх органів, органів сечостатевої системи та психологічними травмами; відділення медичної реабілітації "Пуща-Водиця" – переважно для хворих з наслідками поранень і травм нервової системи; відділення медичної реабілітації "Хмільник" - переважно для хворих з пораненнями та травмами опорно-рухового апарату та санаторне відділення військово-медичного клінічного центру центрального регіону – переважно для хворих загально терапевтичного профілю.

Санаторне відділення військово-медичного клінічного центру південного регіону, яке почало прийом, реабілітацію з серпня 2017 року, безпосередньо розташовано у приморській зоні, це "Затока", про що вже було озвучено. Працює у нас в літній період.

В грудні 2016 року також сформовано центральний військовий санаторій "Приморський", санаторій працює сезонно. Ліжкова місткість реабілітаційних відділень дозволяє проводити санаторно-курортне лікування близько 17 тисяч осіб щорічно.

В 2017 році на реабілітаційне лікування було направлено 2 тисячі 227 військовослужбовців. З них 1 тисяча 219 військовослужбовців пройшли медико-психологічну реабілітацію. Основні форми, з якими реабілітанти поступають до нас на лікування, це наслідки поранень контузій та травм та гострі загострення сезонних захворювань.

Після лікування та реабілітації в закладах охорони здоров'я Міністерства оборони без зміни категорії придатності до військової служби до всіх підрозділів повернуто від 86 до 93 відсотків.

Суттєву допомогу в проведенні реабілітації учасників АТО надають нам країни-партнери. Всього на лікування та реабілітацію за кордон з 20 країн світу направлено 340 військовослужбовців, із них проліковано 330 військовослужбовців, залишається на лікуванні 7 військовослужбовців.



Кількість військовослужбовців, яким ампутовано кінцівки за час проведення АТО, становить 205 осіб, із них запротезована 151 особа, за кордоном наразі протезуються 22 особи, потребують протезування ще 40 осіб.

З метою максимального відновлення втрачених фізичних та психологічних можливостей військовослужбовців, які постраждали внаслідок бойових дій під час проведення АТО, Міністерство оборони тісно співпрацює з Міністерством охорони здоров'я. Відповідно до договору з Національною академією медичних наук України 28 науково-дослідницьких установ задіяні в наданні високоспеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям, при цьому нам виділяється близько 30 відсотків резервних ліжок.

Продовжується співпраця з іншими, як державними, так і недержавними приватними структурами, в тому числі з волонтерськими організаціями, які проявляють патріотизм та громадянську позицію, приймають на медичну реабілітацію військовослужбовців, постраждалих у ході проведення АТО, на безоплатній основі.

Серед проблемних питань, те, що хотілось би виділити, наші проблемні питання не є окремими, вони є дійсними для всіх спектрів надання медичної допомоги, тому серед найбільш болючих проблем і питань варто виділити: це укомплектування кадровими та матеріальними ресурсами закладів охорони здоров'я Міністерства оборони, здійснення їх вузької спеціалізації, фінансування робіт з будівництва та капітального ремонту основних фондів лікувальних та санаторно-курортних закладів, це забезпечення сучасним обладнанням та апаратурою для здійснення реабілітації з урахуванням передового досвіду країн-партнерів.

Щодо психологічної реабілітації. На даний час недостатня кількість психологів, що впливає на ступінь охоплення особового складу психологічною допомогою, а це впливає на якість надання медичної допомоги. Фактично відсутні окремі заклади в системі Збройних Сил, на базі яких можливе проведення психологічної реабілітації значної кількості військовослужбовців одночасно в складі підрозділів, що досить важливо в період відновлення боєздатності. Але робота в цьому напрямку триває.

Дякую за увагу.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дякую, Вікторе Вікторовичу.

Один із важливих моментів і задач, які ми би хотіли, щоб ваше управління перед собою поставило. Зараз у вас по психологах по штатному розкладу один психолог на 100 військовослужбовців-пацієнтів. Це страшне навантаження. Ні про яку якість надання послуг при такому навантаженні говорити неможливо. Тут в залі сидить один із кращих наших психологів-військових Центрального військового госпіталю пані Кароліна, у неї дуже великі досягнення. Але, тим не менш, при навантаженні, коли на одного

психолога 100 пацієнтів військовослужбовців – це неможливо надати все ж таки дійсно повноцінну і якісну допомогу.

Дуже вдячна.

Зараз я запрошую т.в.о. начальника управління психологічного забезпечення Головного управління морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України Спицького Юрія Миколайовича.

Це той для нас з вами зараз болючий аспект, якраз коли військовослужбовці безпосередньо перебувають на війні. Ті психологи військові, які повинні з ними працювати, тому що, як показує практика, там з ними працювати повинні виключно тільки військові психологи. От, які у нас проблеми і чи вдається нам долати ці проблеми, зараз нам зазначать.

Єдине вам скажу, що з великою повагою в перший раз, коли командував АТО генерал-лейтенант Забродський Михайло Віталійович зробив наказ по всіх наших військових підрозділах про те, що наші медики займаються наданням допомоги тільки, якщо військовослужбовець в алкогольному сп'янінні і має гостре отруєння. Все решта – це займається безпосередньо той штат заступників командирів, які відповідають за морально-психологічну атмосферу в військових підрозділах. Це надзвичайно важливо. І тому, от їх робота, як їм вдається її організувати, зараз ми почуємо.

Дякую.

СПИЦЬКИЙ Ю.М. Шановні колеги, хотів би на доповнення до виступу Віктора Вікторовича сказати, що в Міністерстві оборони, в Генеральному штабі Збройних Сил України створена система надання психологічної допомоги та реабілітації, дії якої розповсюджуються як в районі виконання завдань антитерористичної операції, так і в районах відновлення боєздатності військових частин, в пунктах постійної дислокації та в цілому дає можливість здійснювати зазначені заходи.

Але це не означає, що у нас немає проблем, проблем дуже багато, ми над ними постійно працюємо і постійно вдосконалюємо систему. По аналізу проведених наших дій ви зараз зрозумієте, які проблеми стоять зараз найбільш гостро перед нами.

По-перше, в районі проведення антитерористичної операції на території Донецької та Луганської областей від Збройних Сил України постійно перебуває понад 35 тисяч військовослужбовців. І ротації підрозділів відбуваються з періодичністю, якщо раніше ця періодичність була 8-4, то тепер ми зменшуємо строки перебування військовослужбовців в районі виконання завдань. Все-таки ми спромоглися досягти світового досвіду, що військовослужбовець не повинен знаходитися в районі виконання завдань більше шести місяців. Оскільки всі ознаки...

КОРЧИНСЬКА О.А. Я перепрошую, пане полковнику, світовий досвід – не більше трьох місяців, якщо світовий досвід. Бажано, щоб ви світовий досвід під себе все ж таки не підлаштовували.

СПИЦЬКИЙ Ю.М. Ну ми зараз оцінюємо свої можливості і можливості нашої армії для здійснення ротації підрозділів, зменшуємо строки перебування. Укомплектованість військових частин офіцерами-психологами на теперішній час складає 54,7 відсотка. Для нас це дуже мало, оскільки, як ви сказали, військові психологи, які проходять службу у клінічних центрах, госпіталях, у них навантаження 100 чоловік на одного психолога, то, якщо ви знаєте, посади офіцера-психолога введені в батальйонах, а батальйон – це понад 300 чоловік. Таке навантаження на офіцера-психолога.

Також нас турбує якість підготовки офіцерів-психологів. Ми повністю згодні з новим проектом закону, що ми повинні відбирати психологів, ми повинні постійно вдосконалювати їх професійну майстерність. Ми повинні їх допускати до роботи з особовим складом. Це все робиться, вірно вказано, за наявністю фахової підготовки, тобто диплому. Але ще потрібна практична допомога, сертифікація його роботи. Від цього залежить якість. Це в майбутньому будемо робити. Я думаю, що спільно ми все переборемо.

Психологічна реабілітація військовослужбовців є обов'язковою складовою заходів відновлення бойової готовності. І за статтею 11 кожен військовослужбовець - учасник бойових дій повинен пройти психологічну реабілітацію. Вам зараз доповіли про можливість медичних закладів Міністерства оборони по наданню психологічної допомоги. Я вам скажу, і Віктор Вікторович підтвердить, я думаю, мої слова, що можливостей цих центрів медичних для нас не вистачає. Це дуже мало. Як стоїть питання стовідсоткового проходження психологічної реабілітації, то повинні бути, як мінімум ще, до всіх тих медичних центрів та закладів, які називались до цього, ще п'ять хоча б центрів психологічної реабілітації з навантаженням до 1000 чоловік. Тоді ми можемо якимось під час відновлення закрити той прошарок, щоб люди пройшли повністю психологічну реабілітацію.

У нас в районах виконання завдань працюють заходи превентивної реабілітації та психологічної корекції, здійснюються силами офіцерів-психологів, позаштатними групами психологічної підтримки, високомобільними групами внутрішньої комунікації, громадськими організаціями психологів-волонтерів, з якими укладено відповідні меморандуми.

Дуже дякую цим трьом громадським організаціям, які нам надають допомогу, продовжують з 2014 року нам допомагати. Це ГО "Патріот", ГО "Ліга офіцерів" і ГО "Подолання посттравматичних кризових станів". Це ті наші "палички-виручалочки", коли от взимку, вдень, вночі, коли потрібно, їм дзвониш – все, вони виїжджають разом з нашими офіцерами, працюють на відновлення у військових частинах.

За рекомендацією представників позаштатних спеціалізованих груп та фахівців медичної служби військовослужбовці, в яких виявлено ознаки бойової психічної травми, направляються у встановленому порядку до медичних закладів, центрів медико-психологічної реабілітації. Про це вже Віктор Вікторович говорив. Але ми основне зусилля робимо на тому, що ми навчаємо людей само- та взаємодопомозі. Кожен командир, кожен військовослужбовець повинен знати, як діяти в тому чи іншому випадку, якщо він виявляє в себе ознаки бойової психічної травми або бачить, що поряд військовослужбовець має таку травму, як діяти, як йому допомогти.

Найпростіші методи, найпростіші впливи, які існують. Досвід ведення бойових дій показує, що якщо протягом 6 годин військовослужбовцям не надається допомога, мається на увазі, порушення психіки або ознаки бойової психічної травми, то це може перейти в гострий період і з'являться ознаки посттравматичного стресового розладу у майбутньому. Але ми ставимо завдання: протягом 6 годин ми 90% особового складу надаємо допомогу і вони повертаються в стрій без всіляких наслідків. Ризик для нас – це оці 10%. За допомогою медичних закладів ми поки що це вирішуємо. Але хотілося б, щоб всі 100% військовослужбовців проходили через спеціалізовані центри.

Що можна ще до цього додати? Одна з гострих проблем – це система декомпресії особового складу в період відновлення, виходу військових частин з району виконання завдань. У кожній частині ця декомпресія проходить за своїм планом, за своїми можливостями, за можливостями оперативних командувань, командувань Сухопутних військ тощо. Ми хочемо розробити єдину систему декомпресії для всіх бригад без виключення. Основна мета декомпресії, якщо просто казати, - це перехід свідомості та психіки військовослужбовців від війни до миру. Пробували ми систему декомпресії провести 7 діб. Не виходить. За 7 діб ми не переключаємо свідомість та психіку військовослужбовців на мир. Потрібно не менше двох тижнів. Ми працюємо зараз над цим питанням. Я думаю, що навесні, коли в нас піде чергова ротація підрозділів з району виконання завдань, ми апробуємо єдину програму декомпресії для усіх бригад. Знову ж таки, це нашими силами, нашими можливостями. Можливо, будемо залучати ще й громадські організації, оскільки групи повинні комплектуватися висококваліфікованими фахівцями, які здатні виконати програму декомпресії на високому рівні і навчити цьому наших психологів, які зараз займаються...

КОРЧИНСЬКА О.А. Юрію Миколайовичу, ми вам вдячні. Регламент. Треба ще дуже багатьом виступити.

У нас велике прохання до вас і до генерала Грунтковського, будь ласка, коли ви даєте прес-конференцію, де ви заявляєте, що створена система, ви провокуєте військовослужбовця на те, що керівництво йому каже неправду. Ми просимо, і ми тут зібралися для того, щоб говорити чесно: система не створена. Якщо б у нас була створена система, нам би в більшості тут нічого

не треба було б робити. Вона тільки в зародку, в даному разі тільки на початку створення системи, вона не створена, і тому просимо. Тому що і командири так само реагують, приблизно як і я, на ваші слова, коли ви кажете, що система створена і вона працює. Ні. Вона тільки на початку, і ми все повинні зробити для того, щоб її створити. Але, будь ласка, ставте завжди всі поняття на свої місця. Не треба обманювати громадськість, тим більше війська, коли вони не бачать результату. Якщо б вона була створена, ми б не мали з вами ці проблеми, які ми маємо з вами спільно.

На всяк випадок хочу вам нагадати, що в тому числі в Старокостянтиніві у вас немає жодного працюючого психолога. Це той заклад, котрий приймає уже психічнохворих військовослужбовців, і у вас там немає кадрів психологів, в тому закладі. Звичайно, дефіцит у військах психологів, особливо підготовлених, просто шалений. І те, що ОКА намагаються цими командами туди приїжджати, охоплення дуже низьке. І це треба казати правдиво.

А якраз світовий досвід показує дійсно, що якщо на лінії зіткнення ми скорочуємо з вами хоча б до 3 місяців перебування, у нас в разі зменшується кількість навантаження якраз і необхідність у психологічній допомозі.

Єдине, що я би хотіла від вас почути за весь ваш виступ – це номер "гарячої лінії", куди військовослужбовець дзвонить, коли в нього виникла психологічна проблема. Будь ласка, назвіть номер "гарячої лінії".

СПИЦЬКИЙ Ю.М. У нас номер "гарячої лінії" визначений в Головному управлінні морально-психологічного забезпечення, черговий Головного управління морально-психологічного забезпечення.

КОРЧИНСЬКА О.А. Це психолог?

СПИЦЬКИЙ Ю.М. Ні, це не психолог.

КОРЧИНСЬКА О.А. А як він надасть... От ви кажете: "6 годин на те, щоб надати допомогу".

СПИЦЬКИЙ Ю.М. 6 годин під час ведення бойових дій, 6 годин під час виконання завдань там, на місці.

КОРЧИНСЬКА О.А. Я перепрошую, в даному разі, якщо ви в найближчому часі не відкриваєте "гарячу лінію" психологічної допомоги для військовослужбовців, це значить, ваше управління не працює, тому що з цього починається. Це "гаряча лінія" для будь-якого військовослужбовця, якому дійсно потрібна допомога на даний момент.

СПИЦЬКИЙ Ю.М. У нас є "гаряча лінія", яка передає інформацію зразу оперативно на управління Головного управління.

КОРЧИНСЬКА О.А. Ми з вами домовилися, ми дискусію вести не будемо. Якщо треба, значить, ми зараз в Резолюції нашого "круглого столу" занести те, що потрібна безпосередня "гаряча лінія" для військовослужбовців, які потребують психологічної та духовної допомоги.

Дякую.

Ми просуваємося далі. І зараз військовий блок Міністерства оборони завершує Сухорада Григорій Іванович – т.в.о. начальника Управління фізичної культури і спорту Міністерства оборони України, полковник.

СУХОРАДА Г.І. Дякую.

Шановні колеги, відповідно до вимог законодавства кожний військовослужбовець, учасник бойових дій, має право і зобов'язаний пройти реабілітацію. Згідно з вимогами Міністра оборони України було організовано і проведено пілотний проект щодо фізкультурно-спортивної та психологічної реабілітації відповідно до Закону України "Про фізичну культуру і спорт" щодо фізкультурно-спортивної реабілітації. Реабілітація здійснювалась на навчально-спортивній базі зимових видів спорту Міністерства оборони України "Тисовець" з смт Сколе Львівської області.

Для ефективного проведення реабілітації, вона здійснювалась в кінці минулого року, було вдосконалено існуючу матеріально-технічну базу з фізичної культури і спорту, а саме: ті спортивні зали, які там є, додатково обладнані всім необхідним, а також тренажерні зали та інші приміщення для занять фізичною культурою і спортом додатково обладнані необхідними тренажерами та інше. Ця база призначена, як ви знаєте, для підготовки спортсменів вищої кваліфікації Збройних Сил України для їх успішного виступу на змаганнях різного рангу, а також для проведення заходів спорту.

Крім вдосконалення бази, була створена програма психологічної та фізкультурно-спортивної реабілітації фахівцями управління фізичної культури і спорту Міністерства оборони України та Головного управління морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України, в якій передбачались всі необхідні заходи. Реабілітація тривала в перший заїзд 12 діб у кількості 28 військовослужбовців та членів їх сімей. І другий раз впродовж 7 днів 29 військовослужбовців та членів їх сімей.

Президент України, перебуваючи у Львові в цей час, заявив про необхідність вдосконалення законодавства щодо реабілітації членів сімей військовослужбовців, яке на цей час не відрегульоване. Є можливість тільки проходити лікувально-профілактичні заходи відповідно до лікування військовослужбовців.

Військовослужбовці виконували упродовж 2-4 годин на добу фізичні вправи в спортивних залах і на місцевості у виді занять, які проводили

фахівці фізичної культури і спорту, інструктори. Пробачте, я ще на сказав, що крім бази і програми був створений відділ психологічної та фізкультурно-спортивної реабілітації у штаті цієї бази. Фахівцями проведено також, крім вказаних занять, заняття зі спортивних і рухливих ігор, заняття з гімнастики, заняття на тренажерах, піші та лижні прогулянки (лижі та інвентар були також додатково закуплені), а також екскурсійний захід. Після проведення цих заходів були підведені підсумки. На сьогоднішній день проводиться, скажемо так, вирішення проблемних питань, які виникли в ході реабілітації, а також питань, які не встигли бути підготовленими для проведення реабілітації.

Дякую за увагу.

КОРЧИНСЬКА О.А. Григорію Івановичу, дуже вдячна.

Ще раз нагадую, про що зараз ми з вами говоримо. Це якраз та база адаптації військовослужбовця, який після повернення з фронту, з лінії зіткнення, повинен зайти на цю базу зі своєю родиною і отримати адаптацію відповідно перед відпусткою. Скажіть, будь ласка, скільки всього у вас пройшло через цю адаптацію військовослужбовців? Всього.

СУХОРАДА Г.І. 57 чоловік.

КОРЧИНСЬКА О.А. Це тільки 72 бригада? Чи є вже ті інші бригади? Скажіть, будь ласка, це тільки 72-а?

СУХОРАДА Г.І. Так, так.

КОРЧИНСЬКА О.А. Нам треба, щоб ви нам у ближчий час все ж таки пояснили таке неліквідне використання цієї дійсно чудової бази. І у вас чудова команда, тому що 72 бригада туди потрапила через 2 місяці з виходу з зони АТО. Потрапляти в адаптаційний заклад через 2 місяці після зони АТО безсенсово. Це було більше як акція для галочки, для того, щоб керівництво країни побачило. Ми би хотіли зрозуміти, чому туди не заїхала 28 бригада, чому не заїхала туди відповідно 128 бригада – ті, які дійсно вийшли. І чому вони зараз там не проходять. А на всяк випадок, для того щоб все ж таки ви не підставляли Президента, Закон України проголосований ще рік тому і діє саме для військовослужбовців, що по рішенню військово-лікарської комісії, якщо вона виписує, що військовослужбовець потребує супровід родини починаючи від 16 років, йому держава, Міністерство оборони повинні забезпечити. У нас поки не прийнятий закон стосовно ветеранів, на жаль, супроводження. А от щодо військовослужбовців закон уже більше року як діє. І ви маєте право абсолютно законне родини військовослужбовців розміщувати в будь-який медичний заклад, якщо таке рішення є військово-лікарської комісії.

Дякую.

Віро Георгіївно, зараз нам важливий ваш виступ, тому що ви один із ініціаторів якраз роботи бази "Тисовець". І, може, ви нам поясните, чому вона ще не експлуатується на повну міць. Єдине, що зараз попросила Коваль Марія Іванівна, завідувач відділення медичної реабілітації Державної реабілітаційної установи "Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю "Галичина", це наш один з кращих закладів по соціалізації осіб з інвалідністю, що у зв'язку з тим, що перенесений виїзд, то спочатку надати їй слово. Маріє Іванівно, де ви?

КОВАЛЬ М.І. Я тут.

КОРЧИНСЬКА О.А. Так, будь ласка.

КОВАЛЬ М.І. Я дуже дякую, що ви з розумінням ставитеся.

КОРЧИНСЬКА О.А. Будь ласка, коротко. І потім Віра Георгіївна продовжує.

КОВАЛЬ М.І. Це є Львівська державна реабілітаційна установа "Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю "Галичина". Директор Дунас Григорій Григорович. Значить, внаслідок порушення циклу життєдіяльності людина втрачає працездатність і створюються реабілітаційні центри, завдання яких є допомогти особі з обмеженими фізичними можливостями змінити свій соціальний статус та інтегруватися в суспільство повноправним його членом.

Наш центр раніше називався "львівський міжрегіональний соціально-трудова, професійної та медичної реабілітації", був створений в 1999 році. У 2005 році було йому надано статус міжрегіонального. А з 2006 року наш центр підпорядковано Міністерству праці та соціальної політики України.

На сьогодні наш центр обслуговує людей з інвалідністю з усіх регіонів України.

КОРЧИНСЬКА О.А. Маріє Іванівно, я перепрошую. Що дуже важливо? Дивіться, якщо ми будемо всі розповідати історії наших центрів, часу не вистачить. Сьогодні у нас зустріч, де нам важливі ті технології, якими ви можете поділитися з гостями "круглого столу", які вони могли б використовувати в своїх закладах. Для нас важливий сьогодні акцент на технологіях. Дякую.

КОВАЛЬ М.І. Добре. Справа в тому, що наш центр, так як він підпорядкований Міністерству праці та соціальної політики, він має



пріоритетну властивість, що ми займаємося професійною реабілітацією. Але так як в нас було розроблено і затверджено методичною радою при Міністерстві соціальної політики модель комплексної реабілітації осіб з інвалідністю, то ми надаємо всі 8 видів, які були визначені в Законі України про реабілітацію інвалідів, а саме: соціальну, психологічну, медичну, психолого-педагогічну, професійну, фізичну, трудову і фізкультурно-спортивну.

У період за 2013-17 роки пройшли комплексну реабілітацію 5 тисяч 295 осіб з обмеженими можливостями, і в тому числі 128 учасників АТО, по групах інвалідності: перша – 28,4%, друга – 29,1 і третя – 42,5.

Останнім часом збільшилася кількість осіб з інвалідністю після травм і поранень, які мають першу та другу групи інвалідності, і потребують більше фізичної, медичної та психологічної реабілітації.

До нас в центр учасники АТО скеровуються управліннями соціального захисту по рекомендаціях МСЕК. Хоча є багато звернень, що хочуть отримати один вид реабілітації, а саме: або психологічну, або фізичну, або медичну. На жаль, сьогодні немає ще механізму можливості отримання цих видів реабілітації особам-учасникам АТО, які ще не мають групи інвалідності або мають її, але працюють. А так як ми прив'язані до професійної більше реабілітації, то ми можемо взяти до себе на реабілітацію, навіть комплексну, людей, які мають групу інвалідності, які мають працездатний вік і які не працюють. Тому що ми їм повинні надати професію. В нас є 27 ліцензованих професій, вони собі вибирають які хочуть, по своєму бажанню, які хочуть працевлаштуватися. Найбільш поширеними серед учасників АТО – це є оператор комп'ютерного набору, комп'ютерна верстка, агент з організації туризму, живопис дехто дуже любить, ну і водіння, звичайно. У нас навіть було дві групи по 15 осіб, які і працювали, і не мали групи інвалідності, але проходили курси для отримання водійських прав.

У нас в центрі надають послуги з комплексної реабілітації психолог, психотерапевт. Психотерапевт – одна ставка тільки, на таку кількість, у нас є від 150 до 200 осіб одноденного перебування, дуже мало. Невропатолог, ортопед-травматолог, фізіотерапевт, терапевт, лікар ЛФК, стоматолог, рентгенолог, лаборант і фахівці з фізичної реабілітації.

Стосовно фахівців з фізичної реабілітації. Отут якраз йшла мова, знаєте, просто їх дуже мало, і дуже потребують наші і учасники АТО, і особи з інвалідністю взагалі реабілітації, і, власне, роботи фахівців з реабілітації. Тому що ми маємо 3 ставки реабілітологів.

КОРЧИНСЬКА О.А. Маріє Іванівно, я вас дуже прошу, от дивіться, от зараз ми з пані Наталією, заступником профільного міністерства, кажемо про те, що наша задача – говорити сьогодні про ветеранів війни. Не про ставки. Це ви повинні зараз про ставки питання задати поза нашим "круглим

столом", будь ласка. От сидить міністерство. Якщо треба вас звести, я готова. Але зараз – про ті технології, які ви надаєте, тому що ваш комплекс "Галичина" – це один із самих старих...

КОВАЛЬ М.І. Ви у нас були, пані Оксано.

КОРЧИНСЬКА О.А. ...і самих професійних, само собою. У вас були всі, кого стосувалися особи з інвалідністю. Мова йде про те, що в цей комплекс в свій час країна вклала мільйони гривень (ще на той час, ще дореволюційних), щоб організувати базу, де можна було би наших військовослужбовців і наших ветеранів АТО, які стали особами з інвалідністю, їх вчити професіям новим, професіям. Там чудовий є гуртожиток, де наші військовослужбовці і ветерани АТО живуть іноді місяцями, тому що їм нема де жити. Якраз паралельно вони набувають нових фахів, це надзвичайно важливо, цей аспект соціалізації, щоб ви знали, що у Львові – одна із самих великих баз, яка одночасно може прийняти скільки, Маріє Іванівно? Скільки одночасно ви можете прийняти?

КОВАЛЬ М.І. Одночасно 150 осіб.

КОРЧИНСЬКА О.А. 150 осіб. Всі наші військовослужбовці, які були на візках, які втратили кінцівки, фактично 90 відсотків проходили через цей центр. Там їх вчать, там їм допомагають набути не тільки фах, а ще й знайти роботу. От для нас що з вами важливо? Що "Галичина" в нашій з вами дорожній карті – це той вже аспект соціалізації, коли ми вже повернули ветерана АТО до життя, і ми повинні дати йому другий шанс реалізації. Я дуже вдячна.

КОВАЛЬ М.І. Я просто ще хотіла сказати, ви мене просто дуже вже так доповнили, що, в принципі, в нас дійсно багато вкладено грошей, але ще більше грошей вкладено в наш другий корпус новий "Любінь Великий", який вже фактично 6 років стоїть недобудований. Оце може бути основною базою для реабілітації військовослужбовців. Тому що у Львові у нас є всього 60 ліжок в гуртожитку, а, власне, в "Любені Великому" 150. І тому ми вже готові. Тільки потрібно ще нам вашої допомоги.

КОРЧИНСЬКА О.А. Так, ми це почули всі в цьому залі, і волонтери, і керівники знають про Любінь. І я надіюся, що міністерство вирішить, як робити далі.

Тепер, я перепрошую, я розумію, що ми втомилися, у мене велике прохання: давайте дотримуватися зараз все ж таки регламенту, і коротко, тому що, ще раз наполягаю, у нас сьогодні зустріч - не розповіді про ваші шановані заклади, а розповідь про технології, якими ви поділитесь з вашими

колегами, для того щоб використовувати їх, і друге, надати повноцінну інформацію всім ветеранам АТО, яким потрібна реабілітація. Хочу нагадати вам слова нашого пана Володимира Голика: реабілітація – це не лікування. Ми зараз говоримо вже про той етап, коли вони проліковані.

Віро Георгіївно, ви як один з наших відомих волонтерів-психологів, будь ласка, завершіть тему стосовно того, чому все-таки "Тисовець", на ваш погляд, не запусканий на повну можливість при такій дійсно чудовій базі та чудовій команді для того, щоб все ж таки ми могли адаптувати наших військовослужбовців після лінії зіткнення на фронті.

Дякую.

ШЕВЧЕНКО В.Г. Доброго дня, колеги.

Оксана Анатольевна, а почему бы не воспользоваться правом, что это "круглый стол" и с этим вопросом не обратиться к вашим сидящим здесь товарищам, потому что, по моей информации, в течение этого года многократно к Наталии Завадской, к Вадиму Свириденко, к пани Наталье начальник Управления полковник Горилюк Сергей Михайлович много раз подходил с решением вопроса по декомпрессии, финансирования хотя бы пилотного проекта. Я правду говорю, Наташа? Я бы хотела получить ответ.

КОРЧИНСЬКА О.А. Маєте на увазі, що це пропозиція Міністерства оборони, щоб фінансувало Міністерство соціальної політики?

ШЕВЧЕНКО В.Г. Да.

КОРЧИНСЬКА О.А. Віро Георгіївно, за Бюджетним кодексом країни, який ніхто не змінював, в даному разі мова йде про діючих військовослужбовців.

ШЕВЧЕНКО В.Г. Да.

КОРЧИНСЬКА О.А. На це у Міністерства оборони є стаття. Хочу нагадати всім присутнім, що третій рік на... Все, що стосується медицини, то державою виділяється плюс 100 мільйонів гривень на закупівлю лікарських засобів і медичних виробів. Само собою тут немає оплати працівників, якщо ви це маєте на увазі. Якщо Міністерство оборони не знайшло гроші на адаптаційну базу (я правильно розумію?), вони задавали це питання Президенту, коли показували "для галочки" як працює база?

ШЕВЧЕНКО В.Г. Оксана Анатольевна, я сейчас отвечу полностью на этот вопрос.

Я сегодняшнее выступление хочу посвятить работе психологов, военных психологов по проблемам, задачам восстановления, как

сопровождение, декомпрессия и реабилитация немедицинская, то, о чем здесь говорили.

Первый вопрос. На мой взгляд, полезно создать некую концепцию реабилитации, декомпрессии и восстановления как обязательную часть составляющую прохождение воинской службы в условиях боевых действий. Обязательную часть, которая является частью, а не отдельным "подарком" или в связи с отсутствием здоровья психологического или каких-то психических любых травм.

В связи с этим имеет смысл ставить вопрос как об отдельной защищенной статье, в планах "Утримання та розвитку ЗС України" окремо захищеної статті "Психологічна підготовка, декомпресія та реабілітація військовослужбовців". В первую очередь тех военнослужащих, которые проходят службу в условиях огневой службы. Это первое.

Второе. Как работают у нас военные психологи? У нас 2 категории военных психологов. Те, которые служат по контракту, эти люди - у них практически в качестве военного психолога нет гарантии профессионального роста, служебного роста и так далее, и зарплаты, те, которые по контракту. А вторая категория: это те, которые под погонами. У них тоже не развивается как у военных психологов служебного роста. В связи с этим большая часть военных психологов, это меня они просто просили передать на "круглый стол", работают в двух ипостасях: как военный психолог с нормативом 300 человек минимум, а и то и больше; и вторая ипостась – это зам по РОС. Естественно, поскольку зам по РОС, Вадим, наверное, подтвердит, это изнутри он наблюдал, зам по РОС – это колоссальное количество бумажного сопровождения, вопрос о том, какая нагрузка на реально работающих в боевых частях военных психологов? Колоссальная нагрузка!

Второй момент. Оплата военных психологов, если они под погонами, они не могут расти как военные психологи. Поэтому предлагается такой, может быть, "хорватский вариант", когда психологи по их регламенту внутри своей категории могут расти до капитана и там есть еще какое-то ранжирование в зависимости от служебного, от профессионального роста и профессионального опыта. Тогда мы будем иметь гарантию работы военных психологов на местах в большем объеме и с лучшим качеством.

Следующее. Нам сложно их заменить, но мы практически специально отдельно, крайне не системно занимаемся их образованием. То есть те, кто пришли в первую очередь, далеко не все даже имеют диплом психолога. Но те, кто имеют, они практически заняты, вот настолько погружены во всё. Значит, есть предложение раз в три месяца вывозить по направлениям, по специализации, все-таки психология – это очень большое вообще занятие, вывозить психологов на неделю на базу в ту же Пуцу-Водицу или куда-то, куда рекомендуют, и за эту неделю произвести и "відновлення", и начитку необходимых конкретных материалов по конкретным навыкам. И супервизия - есть такая обязательная составляющая нашей работы – это когда мы

выгружаем из того психического аппарата, в котором мы работаем, то напряжение, которое мы не имеем возможности скидывать на окружающих, начальство или в домашних условиях. Супервизия - это сопровождение самих военных психологов, и это, повторяю, является обязательной частью.

Следующее. Выявляется, что рекомендация послать из обычных вузов людей для того, чтобы увеличить количество психологов, наверное, "недоречно". Потому что у нас и так психологи уходят и-за перегруза и низких зарплат. Может быть, все-таки имеет смысл, повторяю, в конце концов посмотреть на ту изначальную сетку тарифов, которая существует и в Минобороны. И, кстати, по поводу Закона по реабилитации та же самая история. Это нижние ставки для людей с высшим образованием. Это у нас дефицит психологов поэтому и по военным госпиталям, о которых мы говорили в прошлый раз. Я так и не знаю, зачем? Видимо, для того, чтобы озвучить, что оно такое есть, или сэкономить на этом. Потому что, по большому счету, рассматривать людей со специальным высшим образованием, не просто дипломом, поверьте, у нас еще должны быть постоянные переподготовки и семинары, которые денег стоят.

КОРЧИНСЬКА О.А. Віро Георгіївно, в медицині є термін безперервної освіти – це те, що прийнято у всьому світі. Це не повинно відрізняти психолога від інших фахівців.

У нас велике прохання до вас, позаяк тут керівництво нового Головного військово-медичного управління, зустріньтесь ще раз. Тому що в даному разі, звичайно, якість спецвідношення до психологів важко організувати в будь-якому закладі не тільки Міністерства оборони, такі самі проблеми в Міністерстві охорони здоров'я або в соціалістики, без сумніву. Тому що ставки дуже невеликі. Люди не заслуговують такої оплати тоді, коли вони дійсно мають велику відповідальність. Але позаяк ці питання більш вузькі, то ми просимо вас ще раз зустрітися разом з вашим центром.

А в питання резолюції, для того, щоб все ж таки просунулися по нашій базі "Тисовець", для того, щоб там дійсно могла надаватися адаптація нашим військовослужбовцям, я дуже прошу працівників комітету в резолюції зазначити, що ми робимо спільне звернення стосовно фінансування цієї бази. Тому що, наскільки мені пояснив пан Вадим зараз, основна ситуація - з відсутністю фінансування. Міністерство оборони до сих пір не вирішило, хто відповідає за цю базу. І тому тоді нам треба допомогти знайти гроші.

Якщо ми в минулому році змогли зробити Міністерству оборони подарунок вартістю 258 мільйонів чотирма базами, то я надіюсь, що ми як держава знайдемо для того, щоб фінансувати дійсно цей потрібний проект "Тисовець".

Віро Георгіївно, ми домовились, так? І ми з Віктором Вікторовичем працюємо далі.

ШЕВЧЕНКО В.Г. Дякую.

КОРЧИНСЬКА О.А. Зараз у нас представники Міністерства внутрішніх справ – пані Ірина Федорівна Рожелюк, вона заступник начальника медичного реабілітаційного центру "Пуща-Водиця", кандидат медичних наук. І зараз вона нам відкриє, які досягнення у нас в системі Міністерства внутрішніх справ, особливо все, що стосується національних гвардійців і тих безпосередньо працівників Національної поліції, які знаходяться на території АТО. Будь ласка.

РОЖЕЛЮК І.Ф. Дякую, Оксано Анатоліївно.

Вельмишановні присутні, дозвольте коротко розповісти про можливість надання реабілітаційної допомоги на базі медично-реабілітаційного центру "Пуща-Водиця" МВС України. Центр був створений шляхом реорганізації будинку відпочинку "Пуща-Водиця" у грудні 2015 року. Ліцензію МОЗ на впровадження медичної практики було отримано у серпні 2016 року.

Розташований центр в 15 кілометрах від міста Києва серед чудового зеленого лісу, з каскадом озер. Центр працює цілорічно. Він розрахований на 155 ліжок, 100 із них реабілітаційних. В своєму складі центр має два основних відділення: відділення "Відновного лікування та медико-психологічної реабілітації" та відділення "Відновного лікування та реабілітації хворих з ураженнями нервової системи", яке почало своє функціонування в січні цього року.

Одночасно на базі центру у співпраці з Національним медичним університетом імені Богомольця проводиться науково-дослідна робота з вивчення психофізіологічних механізмів формування хронічної втоми та хронічного перенапруження учасників АТО. Відділення надають допомогу пацієнтам, в яких є контузії, черепно-мозкові травми, ураження опорно-рухового апарату, нервової системи, а також можливі стани порушень психоемоційних.

Одночасно на території МРЦ можуть лікуватися в рік 2,5 тисячі осіб, може знаходитися 155 осіб. Тривалість реабілітаційного лікування складає від 14-и до 21 доби. Одночасно на базі медично-реабілітаційного центру є можливість проведення відпочинку, реабілітації, оздоровлення також членів сімей учасників АТО.

Наступне. Впровадження методики протягом такого короткого періоду існування, основне – це сухі вуглекислі ванни при вогнепальних ураженнях кінцівок, магнітолазерна терапія при вогнепальних ураженнях кінцівок, ЛФК як індивідуальна, так і комплексна при ураженнях опорно-рухового апарату, черепно-мозкових травмах, контузіїх і комплексне нейрофізіологічне та психологічне обстеження пацієнтів, учасників АТО, так і членів їх сімей.

Наступне. Протягом півтора року існування у нас проліковано більше 900 осіб, із них учасників АТО 254 особи.

Наступне. Це коротка наглядна інформація про відділення нашого центру. Це хол лікувального закладу, приймальне відділення. Далі. Це відділення відновлювального лікування та медико-психологічної реабілітації, яке знаходиться на першому поверсі чотирьохповерхової будівлі. Далі. Це маніпуляційний кабінет, де є можливість при потребі і при необхідності надання медикаментозної терапії. Наступне. Створене і функціонує фізіотерапевтичне відділення, яке оснащено сучасною апаратурою у складі інгаляторного кабінету, кабінету сухих вуглекислих ванн, бальнеологічного відділення, кабінету теплолікування та електролікування.

Наступне. Це кабінет пресотерапії і інгаляторії. Далі. Це сучасне бальнеологічне відділення, де є можливість проводити підводні душі, масажі, різноманітні душі, це ручні ванни. Далі. Кабінет парафіно-озокериту лікування. Далі. Це сухі вуглекислі ванни. Створено кабінети психофізіологічної релаксації та ароматерапії, де протягом дня проводиться дві сесії ароматерапії, а також консультування лікарем-психологом.

Далі. Це кабінет функціональної діагностики, де є можливість проведення нейрофізіологічного обстеження пацієнтів. Далі. Зал лікувальної фізкультури, де проводиться як індивідуальні, так і групові заняття з лікувальної фізкультури.

КОРЧИНСЬКА О.А. Ірино Федорівно, вибачте, в Уповноваженого Президента є до вас конкретні питання.

СВИРИДЕНКО В.В. У вас чудово налагоджене санаторно-курортне лікування. А як ви вирішуєте питання по нейрореабілітації спинальників, які отримали поранення?

РОЖЕЛЮК І.Ф. На жаль, для спинальних пацієнтів ми не готові, у нас немає умов для їх перебування.

СВИРИДЕНКО В.В. Але ж бійці є. Як ви вирішуєте це питання?

РОЖЕЛЮК І.Ф. Ну, планується. Крім того, наш завідувачий неврологічного відділення пройшов стажування за програмою НАТО в США. Тому зараз розвивається якраз цей напрямок фізичної реабілітації і стоїть питання придбання спеціальних апаратів для механічної терапії.

КОРЧИНСЬКА О.А. Шановне Міністерство внутрішніх справ, у нас до вас є пропозиція. Поки ви не набули все ж таки нейрореабілітацію, в нас є госпіталь ветеранів війни, який, само собою, в тому числі для військовослужбовців Національної гвардії і Національної поліції, країна

вклала в цьому році 28 мільйонів для того, щоб ми відкрили перший раз державний центр нейрореабілітації.

І якраз вчителями нашого центру є і центр відповідно Міністерства соціальної політики, це Інститут протезування, і в тому числі військовий Львівський госпіталь і їх відділення реабілітації. Вони вчителі, це вже ті технології, які в нашій країні є, і ми їх впроваджуємо. Плюс, на всяк випадок, хочемо ще вам нагадати, що у нас в Ірпені у військовому госпіталі відкрите відділення для військовослужбовців з ампутованими кінцівками, воно є міжвідомче. Воно відкрите за наші особисті гроші. І позаяк є всього два донатори, і це є благодійний проект, він розповсюджується в тому числі на всіх військовослужбовців Національної гвардії і поліції, так само як і на добровольців. Там достатньо просто наших листів, це працює, тому щоб ви знали, що у вас є в помічниках два заклади – одне Міністерства оборони, де вам не прийдеться оплачувати, в даному разі цей центр, і, само собою, наші госпіталі ветеранів війни, тому що ми по рівню зрозуміли, що у вас дуже хороший госпіталь ветеранів війни.

РОЖЕЛЮК І.Ф. Так, ми по домовленості це відправляємо, ну основний напрямок все-таки буде наш, це плюс учасники АТО і члени їх сімей. І у нас є досвід якраз перебування одночасно як учасника АТО, так і членів їх сімей.

КОРЧИНСЬКА О.А. Це діючого військовослужбовця чи вже...

РОЖЕЛЮК І.Ф. Діючих.

КОРЧИНСЬКА О.А. Діючих. Ну це по Закону України, вибачте, будь ласка. Це по Закону України.

Дуже вдячна. Якщо у вас є щось унікальне по технологіях, де б ви хотіли поділитися і навчити, ви нам озвучте, ми будемо знати, що у вас є такий напрямок, який ви розробляєте. Якщо він от загально, тоді ми на цьому переходимо далі, до можливості ДСНС.

РОЖЕЛЮК І.Ф. Так. Дякую.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дякую.

Зараз перед нами виступить Цибулько Інна Олександрівна, це психолог Центру медико-психологічної реабілітації санаторію "Одеський". Вони якраз займаються реабілітацією працівників ДСНС і учасників АТО.

Будь ласка.

ЦИБУЛЬКО І.О. *(Мікрофон не ввімкнено)*



КОРЧИНСЬКА О.А. Будь ласка, у нас велике прохання. Ще раз повторюю, п'ятий раз: не розповідайте нам, коли засновано, будь ласка, розповідайте нам про технології, якими ви готові поділитися, а наші шановні всі керівники готові їх впроваджувати.

Дякую.

ЦИБУЛЬКО І.О. Хочу сказати, що при санаторії було у 2004 році відкрито медичний центр медико-психологічної реабілітації, який на сьогодні є єдиною установою з даної спеціалізації в системі ДСНС і проводить обов'язкову медико-психологічну реабілітацію особового складу аварійно-рятувальних підрозділів. За весь період існування даного центру понад 7 тисяч 600 співробітників отримали реабілітацію, пройшли реабілітацію. Станом на 19 вересня 2017 року – 595 осіб. За програми діяльності санаторію щодо забезпечення санаторно-курортного лікування особового складу піротехнічних підрозділів та пожежних рятувальників, які брали участь у ліквідації наслідків надзвичайних подій у Харківській області (місто Балаклія), пройшли курс 132 особи.

Свою діяльність центр медико-психологічної реабілітації здійснює на підставі таких методичних розробок, як Положення про медичний центр, Рекомендації стандартного санаторно-курортного лікування, немедикаментозне стандартне лікування хронічного синдрому, патогенетичне обґрунтування використання фізичних факторів у комплексному відповідному лікуванні хворих психічними дизостозами та методичних рекомендацій системи медико-психологічної реабілітації пожежників-рятувальників, яка розроблена Українським науково-дослідницьким інститутом інституту медицини транспорту і введена в практику в 2013 році.

У 2015 році розроблено і затверджено Локальний клінічний протокол медико-психологічної реабілітації. Український науково-дослідницький інститут медицини транспорту співпрацює з ДСНС України за напрямком науково-методичної підтримки та практичного впровадження нових розробок в області психофізіологічного супроводу та медико-психологічної реабілітації вже протягом 12 років. За даний період накопичено позитивний досвід, який став основою для розробки комплексної системи медико-психологічної реабілітації і може бути корисним для вирішення даної проблеми для інших контингентів екстремальних видів діяльності, що потребують вчасного відновлення.

За підсумками аналізу медичних карт реабілітантів найбільш частими видами контингенту є патології такі, як астено-невротичні синдроми, вегетосудинна дистонія, нейроциркуляторна дистонія, гіпертонічна хвороба, хронічний бронхіт, хронічний гастродуоденіт, виразкова хвороба шлунка, хвороби нирок і сечостатевої системи, хронічний радикулоневрит, люмбалгія, остеохондроз хребта.

На реабілітацію в постстресовому стані з синдромом хронічної втоми становлять 30 відсотків осіб. Більшість з них нозологічних форм, як відомо, можна віднести до захворювань змішаного генезу, де психологічний фактор відіграє помітну роль. Тому все більше уваги в програмі медичної психологічної реабілітації в центрі приділяють психологічній складовій. Всі профілактичні та лікувальні заходи центру проводяться висококваліфікованими спеціалістами, які мають великий досвід роботи за вказаним напрямком, в 2017 році штатом психологів, які мають відповідну психотерапевтичну підготовку з роботи з посттравматичними станами. Відкритий кабінет психологічного тренінгу.

Медико-психологічна реабілітація в центрі включає декілька етапів, серед яких діагностичний, лікувально-відновлювальний та професійно-відновлювальний. Весь перелік реабілітаційних заходів центру розподіляється на медико-біологічні, фізіологічні і психологічні та включає всі елементи санаторно-курортного лікування. До медико-біологічних відносяться: оптимізований розпорядок дня і режим перебування, реабілітації...

КОРЧИНСЬКА О.А. Ми перепрошуємо! Якщо можна, от ви зараз зробіть одним реченням унікальність вашого закладу для ветеранів АТО.

ЦИБУЛЬКО І.О. Реабілітантам з посттравматичною симптоматикою обов'язково призначається індивідуальна робота з психологом, метою якої є навчання навичкам саморегуляції, зниженням симптомів уникнення, стабілізації стану, психокорекція "Я".

КОРЧИНСЬКА О.А. Дуже вдячні!

Тепер, шановні гості, підійшов "рубікон" – половина нашого "круглого столу" пройшла. І зараз я хотіла, я спеціально встала, тому що заради тих технологій, щодо яких ми зараз будемо з вами говорити, ми зараз вас всіх зібрали.

Я дуже рада, що сьогодні у нас на "круглому столі" вперше бере участь такий заклад Академії медичних наук. Я дуже рада, що цей заклад є безпосереднього флагманом зараз по роботі, по ПТСР. Ми зараз з Вадимом сидимо, як дві людини, які об'їхали всі госпіталі ветеранів війни. І ті технології, і ті спеціалісти, які зараз будуть презентувати, для нас важливе ваше впровадження тих технологій.

У вас на столі лежать документи. Будь ласка, відкрийте там, де Державна установа "Інститут медицини праці імені Кундієва Національної академії медичних наук". Це покійний дуже відомий академік, який дуже багато зробив для того, щоб ми скористалися з вами цим закладом.

В чому унікальність цього закладу? Це якраз та дивовижна співпраця волонтерського колективу, якщо ви знаєте, "СУВІАТО" і науковців, яка

призвела до того, що це фактично єдиний заклад в країні, де ми відправляємо якраз важку форму ПТСР. Цей заклад перший, хто впровадив міжнародні протоколи, вони працюють з Інститутом ЛОР теж Академії наук, з Дмитром Іллічем Заболотним, які так само досліджують всіх поранених, у яких неодноразові контузії, на даний момент там перебувають завжди 22-25 ветеранів АТО, що звичайно дуже мало для нас, місць не вистачає.

Зараз буде їх виступ, тому що для мене дуже важливо, щоб ви почули і взяли їх до себе якраз безпосередньо вашими помічниками, учасниками, які з вами готові поділитися і міжнародними протоколами так само, як днями ділилися з госпіталями військової ланки, якраз ЛОР інститут по впровадженню. Вони готові своїми спеціалістами, а для нас важливо, Міністерство охорони здоров'я, зараз ми переходимо до їх блоку, після цього, щоб все ж таки у них була своя база, де вони після того... Все ж таки на їх етапі це метод реабілітації лікування, куди би вони могли закріпити у ваших санаторіях, які знаходяться під містом Києвом і не виконують свої функції. Тому тільки створюючи такий осередок, і тим, що вони готові, ми були там з Вадимом, вони офіційно, керівництво вам ще раз підтвердить, що вони готові для укладання договору для того, щоб після того, як вони 18-21 день пролікували нам ветерана АТО, передати вашу, шановні, "Лісову поляну", котра у вас стоїть, і яка має можливості прийому поранених, вони будуть туди приїжджати, контролювати, а це для вас перша можливість набуття вже безпосередньо навичок і знань.

Зараз я представляю наших шановних: завідувача відділення реабілітації Інституту медицини праці імені академіка Кундієва Возніцину Ксенію Борисівну, а потім Литвиненко Людмила Іванівна, керівник. Будь ласка.

ВОЗНІЦИНА К.Б. Вітаю, колеги! Я навіть не знаю, після такої презентації Оксани Анатоліївни...

КОРЧИНСЬКА О.А. У мене прохання. Ми так довго йшли до вашого виступу. Можливо, ви прийдете ближче, щоб ви бачили зал і вам було зручно? І ви візьмете цей мікрофон. Людмילו Іванівно, вам теж зручно буде? Чи тут зручно? Кажіть, де зручно.

ЛИТВИНЕНКО Л.І. Мені тут зручно.

КОРЧИНСЬКА О.А. Просто, щоб вас чули.

ВОЗНІЦИНА К.Б. Шановні колеги, мої вітання! Ми б хотіли представити свою доповідь. Я – лікар-невролог, власне, з Людмилою Литвиненко, яка є психологом, наша дуєтна доповідь. Тому що саме завдяки нашій плідній співпраці (наступний слайд, будь ласка), це співпраця двох

інститутів: "Інституту медицини праці Академії медичних наук" та Інституту психології імені Костюка, власне, Кризового центру цього Інституту психології, який створився ще в 2014 році, в 2013-му навіть, під час подій на Майдані...

Як виявилось, ми в 400-х метрах поруч у центрі Києва. До цього ми навіть не знали один одного. І ці події нас об'єднали в цій роботі.

Далі, будь ласка. Оця наша плідна співпраця синергічна завдяки, дійсно, Юрію Іллічу Кундієву, його ідеї, коли вся Академія медичних наук включилася в допомогу пораненим, це Інститут нейрохірургії, Інститут травматології і ортопедії, наш Інститут терапевтичного, власне, профілю, це клініка професійних захворювань Інституту медицини праці. Вирішено було от започаткувати роботу саме з психотравмою, з бойовою психотравмою.

Ну, звісно, досвіду не було, і ми одразу звернулись до Інституту психології, з яким було укладено договір, і це продовжується, наша робота, вже четвертий рік поспіль. Проліковано понад 700 бійців АТО, з них 200 – це група, ми вже їх називаємо "диспансерна група", яка дозволяє їх наглядати, слідкувати, це хлопці, які вже у нас були по два, по три, по чотири рази за цей період.

Останнім роком значно помінявся контингент, це багато ми надаємо допомогу волонтерам, дружинам, матерям загиблих, батько у нас зараз лежить Героя України, прямо зараз. І до речі, вже 20 хлопців приїхали з Дніпропетровської області з тих подій на МСЕК, які там відбуваються. Вони приїзять з надією, що Київ дасть якесь заключення, яке там їм допоможе вирішити ці питання. Багато їх звідти вже з групами установами.

Далі, будь ласка. І от в результаті такої нашої роботи двох інститутів таких, власне, от створилася така медико-психологічна модель, яку ми вам хотіли представити. Таким чином, перебуваючи в нашій клініці 21-24 дні, пацієнт отримує різнопланову, багатокомпонентну допомогу. Ну це, власне, психотерапія. Людмила Литвиненко трішечки більше уваги надасть цьому. Саме психотерапія на наших 30 ліжок відбувається групою психологів у 10 чоловік. Це гетерогенна група психологів, яка доповнює роботу один одного, і звісно, при такій кількості психологів і такій кількості пацієнтів ця допомога, можемо уявити, на якій якості вона відбувається. Це підключається, звісно, фізіотерапевтична база, але я б хотіла зупинитися на тому, що ми використовуємо додаткові такі не дуже розповсюджені методики, це об'ємна працетерапія, вже казала наша колега, і методи краніо-сакральної терапії і остеопатії, тому що ці всі методики дуже позитивно впливають, власне, на включення механізмів саморегуляції при травмі, при психотравмі, що покращує взагалі всю нашу стратегію.

Що дуже важливо, що лікування психотравми у нас відбувається на базі соматичного стаціонару терапевтично-неврологічного профілю, де ми лікуємо паралельно з психотравмою, велику увагу приділяємо хронічним больовим синдромам в області самій і постконтузійним станам. Тому що, на

наш погляд, стани після контузії, які майже у кожного не фіксовані, вони погіршують перебіг ПТСР, власне, і потенціюють дію одне одного. І якщо, вибачте, просто у пацієнта виражені болі в попереку або виражені головні болі, як би ми не працювали з ПТСР і з психотравмою, це треба робити разом, і тоді це буде ефективний і класний результат.

Так, лікування соматика разом з психотравмою це дійсно дієва методика. І що найголовніше, ще додаток, з самого початку його перебування в нашій клініці ми з першого дня під'єднуємо соціальну адаптацію і реабілітацію, яку ми, звісно, як медики і психологи не можемо забезпечити, тому ми підписали угоду про співпрацю з багатьма громадськими організаціями благодійними. Це і громадська організація "СУВІАТО", це благодійна організація "Health right International", це центр працевлаштування "АхіоS". Всі вони з нами в співпраці по договорах офіційно, і всі хлопці отримують, окрім лікувальної психотерапевтичної, фізіотерапевтичної складової, допомогу з юридичних питань, з працевлаштування. За рахунок організації "СУВІАТО" ми проводимо безліч майстер-класів на нашій території і заходів спортивних, і навіть там змагання по боулінгу у нас відбувалися серед наших пацієнтів.

І те, що написано по колу трішечки маленькими літерами, це ми постійно додаємо, додаємо нові методики, а саме: працюємо з командою "Друг Героя", це "каністерапія", кожного вівторка в нашій клініці в другій половині вечора – це собаки лікувальні. І їх дуже чекають завжди хлопці, і люблять, і чекають на цю зустріч.

Чим хотіла ще похизуватися трішечки, це Томатіс-терапія.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Подивіться, будь ласка, цей момент. Ми дійсно були з Вадимом присутні при собако-терапії. Це надзвичайно позитивний момент в лікуванні! Надзвичайно!

ВОЗНІЦИНА К.Б. І хотіла б зупинитися на методиці "Томатіс-терапії" так званої, це методика унікальна, яка застосовується тільки в нашому центрі для бійців АТО в усій Україні. Ця методика є в приватних центрах, які лікують. Добре, почну з початку, що це таке. Томатіс-терапія – це методика нейросенсорної стимуляції, яка започаткована лікарем-отоларингологом Томатісом, це по його прізвищу методика називається. І вона забезпечує стимуляцію слухового апарату. Цей сеанс відбувається близько години навіть більше, так, півтори. Це навушники, група 5 людей, ми там фотографії потім покажемо, в які подається музика. Суть не в музиці самій, а в зміні частоти і тембру постійному цієї музики, за рахунок чого весь сеанс слуховий апарат перебуває під стимуляцією. А слуховий апарат є стимулятором кори головного мозку взагалі. Через лімбічну систему відбувається покращення пластики взагалі мозку, покращення сприймання інформації, її переробки і впливає на емоційні стани, які викликані депресією й тривогою. І в комплексі

з психотерапевтичною роботою, соматичною дає дуже гарні результати, позитивні в нашій групі. Ця методика ще підкріплюється спеціальною балансувальною дошкою, яка стимулює мозочкову систему. Мозочок – це частина головного мозку.

Тому оця модель дуже якісно себе зарекомендувала, за рахунок неї наш пацієнт працює в різних напрямках одночасно за цей 21 день.

Ще що я хотіла. Давайте наступний слайд.

Людмила зупиниться коротко саме про нашу психотерапевтичну й психологічну роботу програми зцілення, яка у нас реалізується.

ЛИТВИНЕНКО Л.І. Я хочу сказати, що мова йде про те, що не вистачає спеціалістів. Хочу сказати, постійно кожен доповідач говорить про те, що не вистачає спеціалістів. Але хочу сказати одночасно про те, що немає часу готувати спеціалістів. На сьогоднішній день близько 30 тисяч психологів шкільних є в Україні. І якщо, наприклад, ми якимось чином зорганізуємося на державному рівні, щоб вони в умовах війни пройшли перекваліфікацію. Що це значить? Це робота з травмою. Тобто їх уже підготувала держава. Вони вже отримали освіту, вони всі зі своїм дипломом до вас приходять, дивляться, у кожного є диплом психолога. Але держава повинна попідкуватися про те, щоб вони пройшли всі абсолютно, ті, хто буде залучений до роботи з медико-психологічної реабілітації чи психологічної допомоги, щоб пройшли спеціалізацію по роботі з травмою. Дуже спішу, тому що зовсім немає часу.

Наш досвід. Сказати, що він позитивний, можу сказати, що так. І ви вже чули, що на таку невеличку кількість бійців, які одночасно знаходяться на реабілітації, з ними працює 10 психологів. І то можу сказати, що, в принципі, це мало, якщо говорити про ту роботу, яку вони мусять отримувати на кожному етапі.

Дуже швиденько хочу сказати, що нашу програму ми назвали "Програма медико-психологічної реабілітації "Здорове зцілення". І все ж таки, з урахуванням травми, ми її розділили на три етапи. Перший етап, початковий, адаптаційний етап, без нього неможливо. Всі міжнародні протоколи говорять про те, що повинен бути, куди б він не прийшов, момент стабілізації і адаптації до умов, до людей, до персоналу і так далі. Метою першого етапу є створення безпечного простору для адаптації, стабілізації, відновлення нормального функціонування.

Другий етап, його ми називаємо основним, психологічним, медико-психологічним, де ми вже можемо використовувати цілеспрямовано методики, які розроблені для роботи з травмою. Не буду про них говорити, фактично про них всі знають психологи, які з цим працюють. І, слава Богу, на сьогоднішній день можна сказати, що достатньо кваліфікації для того, щоб працювати з травмою саме наших психологів. І, мабуть, уже наші психологи можуть готувати своїх власних спеціалістів. Я б сказала, що вже достатньо

залучати зарубіжних партнерів, на яких викладаються кошти. Наші спеціалісти можуть давати далі вже цю кваліфікацію, перекваліфікацію.

І заключний етап – це інтеграція досвіду, медико-психологічний супровід, підготовка до соціальної адаптації. Хочу сказати, от я – психолог, а я говорю за те, що ми говоримо про комплексний підхід до медико-психологічної реабілітації. Якщо ми будемо відокремлювати кожний сам себе (психологи окремо, медики окремо, соціальні педагоги окремо), кожний із нас на своєму просторі буде робити прекрасну величезну справу, але вона буде недостатня. Ми мусимо говорити про те, як ми можемо об'єднатися, консолідувати свій досвід, свої зусилля, напрацювання і поділитися уже далі з тим, щоб люди, які на місцях, особливо десь там, на периферії, щоб вони знали, що таке діагностика, як її проводити, що таке протокол, за яким можна працювати. На сьогоднішній день, на жаль, кожна установа, якщо він є, а я не знаю, то це також, на жаль, що немає єдиного протоколу, на який можна орієнтуватися.

Хочу сказати, що в рамках цієї програми, про яку дуже швидко так кажу, нам вдалося створити картку психологічного супроводу, вона у вас є в роздаткових документах. Я не знаю, чи затвердять цю картку на рівні держави, але хочу сказати, що в рамках нашої установи це прекрасний орієнтир для того, як можна, як потрібно працювати, як ми працюємо згідно основних вимог по роботі з травмою.

Я хочу звернути увагу на два слайди. Їх дуже багато, але хочу звернути увагу на два слайди. Будь ласка. Я хочу, щоб ви всі розглянули оцей слайд. Він страшний, якщо на нього так подивитися. І уявіть собі, що кожний із вас тримає в руках камінець, який він кидає на якийсь водний простір. Звичайно, камінець приземлиться, і у нього утворяться кола. Отаким чином, як тут показано, починаючи з самого темного, і як він як би радіюється до периферії, таким чином ми говоримо зараз про людину, про постраждалого, про військового, про ветерана. Але якщо ми будемо забувати, що за ним оці кола створюються, точно так же вплив травми має на сім'ю, куди він повертається. Точно так, як би, ця травми, з якою ми працюємо, вона має на тих людей, які називаються рятівниками. Тут знаходяться лікарі, еменесники, психологи, педагоги і інші люди, які залучаються. Дивіться, які ці коли називаються.

Дайте, будь ласка, наступний слайд.

Це модель відома в світі американського психолога, і дивіться, тут знову ж таки представлені точно такі ж концентричні кола. Про що наша проблематика, про яку ми можемо говорити? Як би ми не старалися на рівні своєї установи, на рівні своєї прекрасної, як ми кажемо, розробленої програми, але щось відбувається у момент реабілітації: у когось зникає супутня симптоматика, у когось покращується сон – тобто ми говоримо про те, що відбувається якесь відновлення.

Але чи достатньо 18-20, 40 днів для того, щоб відновились психічна складова нашого постраждалого? Ні, недостатньо. І тому ми говоримо про те, що хотілось би дуже, знову ж таки, на державному рівні добитися того, щоб людина, яка йде з будь-якого реабілітаційного закладу, де б вона не знаходилася, з різними умовами і те, що вона там отримує, щоб все ж таки ми пам'ятали про те, про ті кола, які представлені в цій моделі.

Тому що, дивіться, людина виходить від нас, вона себе почуває трішки краще, вона приходить в сім'ю, якщо з нею не працюють, те, що ми напрацювали, воно знову може бути "розсипане", і тільки тому, що сім'я не знає якихось основних моментів, пов'язаних з травмою, вона не знає, як з ним краще говорити, чи, може, краще взагалі не говорити і так далі. Дивіться, це можна сказати, величезний соціальний атом нашого постраждалого, де його коло називається "особисте", але ж у цих колах, про які ми говорили, що утворюються на воді, є таке коло, як середовище і громада. Знову ж таки, реабілітація реабілітацією, медико-психологічна допомога медико-психологічною допомогою, але ж він попадає в середовище громади, яка мусить приймати його, продовжувати приймати його не тільки на рівні закладу – зробили свою справу і відпустили, а далі ми не знаємо, що з ним буде відбуватися.

І величезне значення має все ж таки країна. У нас є свої соціокультурні чинники, у нас є свої культуральні напрацювання, у нас є свої традиції, в рамках яких взагалі ми функціонуємо. І тому якщо ми забуваємо... От якась установа зробила в рамках себе те, що хотіла зробити, і відпустила далі людину. Якщо ми будемо забувати, ці кола будуть продовжувати бурлити, будуть продовжувати робити свою справу, оті перші кола, про які ми говорили, чорні, і відновлення буде, звичайно. Але якщо згадати із психологічних теорій, і не тільки психологічних, з нашої практики, що травма передається із покоління в покоління на рівні 7-и поколінь. І якби була така можливість зараз, наприклад, протягнути здоровенну чорну лінію, на якій би ми поставили, кожен із нас, травматичні переживання, які стосуються нас особисто, і те, що отримали як нація в рамках навіть тільки одного століття, де уже входять оці 3-4 покоління травм, то ми б побачили, що події є, стресогенних факторів дуже багато. Але наскільки ми приділяємо увагу духовному і душевному відновленню, саме психологічному відновленню? Тому що якщо ми не будемо пропрацьовувати ті кола, про які ми говорили, на жаль, оті страхіття, які відбуваються у нас і у світі, вони будуть продовжуватися.

Хочу ще додати, Оксана говорила з приводу "телефону довіри". Коли створювали Центр медико-психологічної допомоги при Інституті психології, першим, що зробили, це створили "телефон довіри", тому що в усіх цивілізованих країнах перше, що можна зробити, це створити "гарячу телефонну лінію", щоб людина не чекала часу, коли вона може піти до психолога, коли вона ще буде чекати, коли створять реабілітаційні центри. А



це перше те, що може отримати кожна людина. В кожного з нас в кишені по одному-два телефони і це говорить про доступність, про необхідність, тому що ми всі говоримо, що допомога мусить бути своєчасною. Тому телефони довіри якраз беруть на себе оцю функцію необхідності і своєчасності.

ВОЗНІЦИНА К.Б. Наступний слайд. Ось така модель, яку ми бачили стосовно, наше відділення спеціалізується саме на психотравмі, на психологічній допомозі, тому нам би бачилось створення взагалі національного центру медико-психологічної реабілітації або ПТСР-центру, який би вирішував і лікувально-реабілітаційну роботу, і науково-методичною це була б база, і створення реєстру необхідного всіх пацієнтів, і етапність. Цей центр міг би бути основним, а обласні регіональні центри мають бути йому підпорядковані, тому що всі пацієнти і до нас поступають не звідкись і виписуються не в нікуди. Їх треба наглядати. Це має бути диспансеризація такого роду. Їх треба знати всіх, які вони є.

Національний центр може узгоджувати цю всю роботу з Міністерством охорони здоров'я, з Державною службою ветеранів, з Академією медичних наук, з Мінсоцполітики, такий центр ПТСР. І, власне, на базі нього можна проводити кваліфікацію навчання спеціалістів і психологічний супровід медперсоналу, що дуже важливо, що це здобуток теж Інституту психології, медичний персонал, який працює з воїнами, теж "вигорає", їм теж потрібна підтримка і надання семінарів та тренінгів з цієї допомоги. Це і співпраця з міжнародними організаціями.

І що головне – узгодження співпраці реабілітаційних центрів з громадськими і благодійними організаціями, тому що ця допомога розпорошена. От щось сьогодні громадська організація захотіла цьому центру допомогти, а може йому не потрібна ця допомога. Тому треба цю роботу, нам би бачилось, що так можливо було б краще, напевно.

Цей наш комплексний підхід, ця комплексна модель, вона дуже ефективна, це я вас точно запевняю, де застосовано багато методик в одному місці, і це працює.

Наостанок я би хотіла, далі, будь ласка. Це фотографії, це наші пацієнти, які, як ми кажемо, диспансерна група. Це Дана і Євген, вони себе не приховують, вони обидва з важкими контузійми, з проявами ПТСРу, які плідно кожного дня з собою борються і з нашою допомогою.

Якщо ви знаєте, 21 квітня буде велика медійна подія - благодійний Віденський бал. Він висвітлюється всюди, і це подія року, вона відбувається в мерії за підтримки віденського мера. В організаторів цієї події виникла ідея, щоб дебютантами балу запросити учасників АТО. І це єдині бійці, які будуть представляти нашу таку роботу. Коли я їм телефонувала, то казала: "Хлопці, ви не хочете повальсувати?" Я думала, що вони мене відправлять куди подалі, а вони дуже вхопились за цю ідею як реабілітаційну, для них дуже важливо з постконтузійним, з ПТСР-синдромом, і будемо за ними слідкувати

і дивитись, як вони будуть прекрасно виступати. Два місяці будуть готуватися.

ЛИТВИНЕНКО Л.І. Я скажу метафору. Я знаю, що вона не сподобається більшості присутніх в залі, а може, навпаки, сподобається. Вже не 2014 рік. В 2014 році різна допомога могла бути стихійною, і можна було це пробачити. Вже 4 роки, як всі напрацювали якийсь досвід. Якщо сказати через метафору, у нас постраждалий чи ветеран, чи військовослужбовець, чи будь-яка інша особа, їй погано, у неї маса симптоматики, і вона ховається під ковдрою, щоб зігрітися. І складається таке враження, що кожне міністерство, яке якимось чином (чи відомство державне) опікується ветераном, воно намагається потягнути ковдру цю на себе. А ветеран продовжує залишатися з симптоматикою і йому продовжує залишатися холодно. Тому нам здається, і ми просто просимо, що вже наступив той час, коли нам потрібно об'єднуватися, а не тягнути кожен на себе ковдру. Тому що він говорить: "Ми гарно працюємо, ми краще працюємо, ми знаємо, як краще це зробити." Просто консолідувати зусилля...

ВОЗНІЦИНА К.Б. ...таку основу, яка може ділитися досвідом і навчати.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дуже вдячні! Цей момент для нас був дуже важливий, тому що я навіть зроблю виключення. Зазвичай, на самому "круглому столі" я не прошу дати мобільний телефон, а зараз я Людмилу Іванівну попрошу дати і озвучити свій мобільний телефон, щоб ви всі записали. Тому що я надіюсь, коли у нас буде наступний раз з вами зустріч, ви всі пройдете, побачите, власне, цей Центр самі особисто, вас там чекають. Для нас дійсно важливо цей центр зробити. Задача у Міністерства охорони здоров'я – додаткову базу під цей центр, для того щоб наші хлопці і дівчата не уходили нікуди. Людмилу Іванівно, продиктуйте, будь ласка, свій мобільний телефон. І ще раз переконую: на відміну від госпіталів ветеранів війни цей заклад має мізерне бюджетне фінансування. От вони вам зараз розказали про свої можливості. Це – бажання. От ви зараз конвертоване бажання чули. Тому що на відміну від госпіталів ветеранів війни і госпіталів військових фінансування на ліки в них в 24 рази менше, ніж самий наш комунальний заклад – госпіталь ветеранів війни, і відповідно майже в 50 менше ніж в закладах Міністерства оборони.

ВОЗНІЦИНА К.Б. Це ж компенсуємо іншими...

КОРЧИНСЬКА О.А. На харчування у них втричі менше фінансування військовослужбовців, ніж в госпіталях ветеранів війни. От в таких непростих умовах, тому що Академія наук, на жаль, собі не може дозволити. І там дуже

багато нарікань, і дуже багато хлопців у тому числі й мітингів влаштовують. По харчуванню нещодавно був такий мітинг, і я їздила аналізувала прокислий суп, і це правда. Тобто це не те, що є ідеально, але те, що є велике бажання колективу спільно з благодійниками і спільно з бійцями подолати ці проблеми, допомоги собі. Тому що на даний момент це зараз самий продуктивний заклад по ПТСР і по важких наслідках контузій.

Будь ласка, Людмила Іванівно, озвучте свій мобільний.

ЛИТВИНЕНКО Л.І. Ну я, якщо можна, в першу чергу продиктую номери "телефону довіри", хай вони у вас будуть, тому що у мене зовсім мало є роздатків. (099) 632 18 18, (068) 770 3 770, (093) 609 30 03. І мій особистий телефон, якщо вам наш досвід буде цікавим, (050) 353 21 12. Тобто ми готові поділитися досвідом в рамках тих можливостей, які є.

Дякую.

*(Оплески)*

КОРЧИНСЬКА О.А. Дякую.

Вам не зрозуміло, можливо, чому ми так емоційно сприймаємо? Окрім того, що Вадим сам важкопоранений, наша задача зараз, перше, зробити так, щоб це стало центром, наша задача зараз: треба, щоб всі все ж таки наші досягнення зробити в посібник і вам роздати по всіх закладах. Це ми з Вадимом будемо шукати, тому що я мати трьох поранених. І тому, якщо б у свій час, і вони у мене особи з інвалідністю, один І групи. Дуже вдячна Антоніні Денисівні, яка довго займалася одним із моїх синів. Один ІІІ групи, який довго не визнавав і відмовлявся в тому числі оформлювати "учасника бойових дій". Вони всі троє у мене поранені. Я знаю, що таке пройти. Чому я зараз це кажу? Тому що я дочекалася, поки вийде камера, щоб ви зрозуміли, що все це особисте саме тому, що якщо б такий заклад був тоді, коли вони кожен після своїх поранень поверталися, тому що кожна родина через це проходить.

Я є координатором штабу АТО. Через мене пройшли тисячі поранених. Так от, ми такі самі маємо проблеми, от я мати оцих поранених хлопців, як і всі військовослужбовці. От чому це буде нам боліти. І поки ви, шановні представники тих наших органів, яким держава довірила турботу про наших хлопців, поки ви не проявите ініціативу, хоча б, як мінімум, не з'їздите і подивитися цей заклад і переймете ці технології, а вони готові вам допомагати, а наша справа, державних діячів, організувати дійсно національний центр, щоб там готувати ваших психологів – це вже наша справа, інакше ми не прорвемося, інакше ми будемо без кінця говорити про те, чому наша "Лісова поляна" так і не виходить на певні можливості.

У нас з вами сотні санітарних закладів лікувальних. У нас сотні санаторіїв, але ми не можемо їм дати раду. Це не реабілітаційні центри, це є

правда. Для того, щоб вони стали, потрібні кадри і ще раз кадри, і бажання це робити.

Зараз я запрошую пані Оксану Андрієнко – це безпосередньо якраз та частина важлива громадянського суспільства в цьому закладі, це наш колектив СУВІАТО, котрий я особисто так само, коли кожен раз приймаю чергового пораненого з Авдіївки, якому потрібна допомога, я так само звертаюся до них, тому що вони працюють із цим закладом, і в тому числі мають свої ветеранські будинки.

Будь ласка, пані Оксано.

АНДРІЄНКО О.М. Доброго дня! Доповнюючи виступ колег, я б хотіла сказати, що коли починалася історія реабілітаційного центру, реабілітаційного відділення, ніхто іще уявлення не мав, ні Людмила Іванівна, ні Ксенія Борисівна, ні ми уявлення не мали, що це буде за модель. І коли ми об'їжджали міністерства силові з Ксенією Борисівною і всіх переконували в тому, що ми зможемо співпрацювати, ми зможемо допомагати хлопцям, так само не мали ще повної картинки, як воно буде відбуватись.

Я не буду дуже багато говорити, часу немає, всі вже втомились, в нас виходить якийсь марафон, в якому кожен себе хвалить, я розповім про те, які реальні напрацювання. Реальне напрацювання – це кваліфікована медична допомога, кваліфікована психологічна допомога і реальне напрацювання – це робота з нашими хлопцями, які знаходяться в Центрі, під час їхнього перебування в Центрі і потім за межами. Дуже малий відсоток тих хлопців, які пройшли Центр, залишився поза нашою увагою.

Ми допомагаємо їм у працевлаштуванні, ми допомагаємо і працюємо з сім'ями для того, щоб понизити відсоток, коли сім'я розпадається, тому що хлопець говорить, що я нормальний, я пролікувався, я працював з психологами, а з моєю сім'єю щось відбувається, щось відбувається з дружиною, щось відбувається з батьками, якщо дружини немає, з оточенням щось відбувається.

До цього можна використати ще одну програму і вивести на загальнодержавний рівень – це робота в регіонах. Коли хлопець повернувся з якогось регіону, дати йому додаткові навички, дати психологу, який знаходиться в школі, а в будь-якому випадку є школа в будь-якому населеному пункті, там є психолог на ставці, дати додаткові навички і таким чином сформувані вже мережу по всій Україні.

У нас є ще один цікавий доробок - це коли ми не залишаємо людину. Ми не говоримо, так як дехто з силових відомств, про те, що нам абсолютно все одно, що відбудеться з людиною, коли вона переступить поріг військової частини і стане демобілізованим чи в людини закінчилась строкова служба. Якщо людина переступила поріг нашого реабілітаційного центру і вона в складних життєвих умовах, і держава не може надати або не хоче надати того, що потрібно, в нас працює такий проект, як "ветеранський будинок". Це

для тих людей, які залишилися, для тих хлопців, які залишилися в складних умовах, там живуть в основному 70 відсотків людей, які з окупованих територій. Допоки ми допомагаємо вирішити питання з оформленням документів, вирішити питання з оформленням групи, вирішити питання з отриманням по 719 постанові компенсації, бо, як правило, це люди з інвалідністю, до того часу, якщо потрібна перекваліфікація і щось ще, тобто повна адаптація в соціум, вони знаходяться в нас.

Це теж така модель, як продовження роботи реабілітаційного закладу, яка має право на життя, яка повинна жити. Мені дуже дивно, коли, наприклад, маючи дивовижний ресурс, санаторій "Галичина" оздоровив рівно стільки ж за 4 роки, скільки надали допомогу ми у межах нашого закладу. Мені це дивно. Мені дивно чути, що аж 57 чоловік оздоровив "Тисовець" при тому, що це з якогось одного військового підрозділу. Люди добрі, у нас 16 бригад, які воюють, і там чисельність колосальна, вони одне одного міняють. Так як це таке може бути?! Яким чином і чому так бездарно іде таке розбазарювання ресурсу? У військових частинах не рахуються із людським ресурсом, тобто з самим солдатом, а в мирний час і на мирній території не рахуються з тим технічним і з тим матеріальним забезпеченням, яке є. І воно або стоїть, ним ніхто не користується, або користується таким чином, щоб тільки показати одну фотографію – 57 чоловік було, фотографію зробили, на цьому всім "доброго дня"!

Конкретна пропозиція: як би ми не боролися вже за межами військової частини і за межами того, як хлопці закінчили контракти, строкову службу, і потребують допомоги, потрібно розуміти, в якому стані людина вийшла з цієї військової частини. Для цього вже на минулому "круглому столі" я просила внести це як пропозицію, щоб обов'язково військовослужбовець, неважливо, в якому він силовому підрозділі знаходиться, у нього закінчується строкова чи контрактна служба, він повинен виписуватися з такою самою психологічною карткою, і він повинен виходити так само через комісію, як його беруть на службу.

Уявіть собі, що півтора року виходить у людини, яка не має підтримки, на те, щоб йому встановити чи групу, чи діагнози. І ви не уявляєте, шановне панство у погонах, які це "кола пекла". І проблема не тільки з дніпропетровським, а в Києві, у мене з собою документи тих людей, яким відмовили, не захотіли навіть розглядати.

Дякую.

КОРЧИНСЬКА О.А. Пані Оксано, дуже вдячна.

Я сподіваюся, що ми з вами найближчим часом будемо мати таких керівників, як пані Оксана, серед наших закладів. Тому що з кадрами і з людьми, які хочуть робити, у нас завжди проблема.

Єдине по "МСЕКaх", те, що я вам зараз можу сказати, як гарну новину, хоча це тимчасова міра, парламент прийняв у першому читанні законопроект, яким для учасників бойових дій буде підвищуватися група "плюс 1".

*(Оплески)*

Тобто ви зрозуміли, по підвищенню для учасників бойових дій. В першому читанні цей закон вже пройшов. Хоча насправді якраз ми переходимо, і я слово передаю раднику виконуючого обов'язки Міністра охорони здоров'я пані Наталі Дмитрієвій, насправді та міра, яку ми зараз робимо, і коли ми для учасників бойових дій прописуємо окреме положення, це все ж таки той недолік, котрий вам не вдалося, Міністерству охорони здоров'я, за 3 роки зробити "МСЕКами", щоб зрозуміти і виписати чіткі правила для того, щоб місцеві лікарі не могли варіювати з законом і з постановою Міністерства охорони здоров'я.

Прошу, пані Наталіє.

ДМИТРИЄВА Н.А. Добрий день, шановні колеги! Щодо організації реабілітації в закладах системи МОЗ України і перспектив розвитку. Було багато сказано вже з цієї теми. Звісно, що реабілітація і військовослужбовців, і демобілізованих бійців є пріоритетом на сьогоднішній день держави. І це зазначали всі присутні на цьому заході.

Міністерством охорони здоров'я визначено координаційним центром з питань реабілітації Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни, який знаходиться в Циблях, а госпіталі ветеранів війни відповідно регіональними центрами координації. Поверніть попередній слайд.

На сьогоднішній день ми маємо 30 госпіталів ветеранів війни, з них два фінансуються з державного бюджету: це госпіталь ветеранів війни "Лісова поляна", воїнів-інтернаціоналістів "Лісова поляна", який знаходиться в Пущі-Водиці. До речі, забігаючи трішки наперед, я хочу сказати, що сьогодні вже підготовлюються документи щодо зміни статуту цього закладу, і його орієнтація буде як центр ПТСР, до речі. І ми б хотіли дуже залучити досвід наших колег з Інституту медицини праці, для того щоб в співпраці...

ІЗ ЗАЛУ. Договір зробіть.

ДМИТРИЄВА Н.А. Не договір. Можливо, треба з юристами. Ми хочемо на наступному тижні зробити робочу групу з залученням юристів і всіх зацікавлених осіб щодо цього питання. Так що я думаю, що ми разом, спільними зусиллями зробимо хоча б один центр, який буде займатися нормально цими питаннями професійно й ефективно.

А 28 госпіталів ветеранів війни регіональних фінансуються з місцевих бюджетів. Загалом у нас є 6 тисяч 562 ліжка, і загальна кількість ліжок у нас 7 тисяч 632. Хочу зазначити, що на сьогоднішній день за статистичними

даними у нас є 160 тисяч демобілізованих. З них 105 тисяч перебувають на диспансерному обліку. Таким чином можна порахувати шляхом такої простої арифметики, що у нас не вистачає, в принципі: на 160 тисяч осіб тільки 7 тисяч ліжок. Тобто ми можемо сказати, що нам треба розвивати мережу і систему реабілітації.

Ну, безперечно, що ми хотіли би, щоб це було розвинуто на базі закладів охорони здоров'я, тому що, по-перше, були зроблені безпосередньо важливі кроки з цього приводу. Наприклад, те, що у нас збільшено завдяки загальним спільним зусиллям фінансування по харчуванню. 55 гривень на харчування і 65 гривень на медикаменти і ліки. Тому я думаю, що, от наприклад, в Академії медичних наук, де функціонують центри реабілітації, там загалом, здається, 16 гривень (так, Ксеніє?) Тобто я думаю, що нам треба якось це питання вирішити і направити туди, де більше фінансування цієї сфери. Інший слайд, будь ласка.

Госпіталі ветеранів війни, ви бачите мапу України, ну, майже в усіх областях розташовані, окрім Київської області. В Києві розташовано три госпіталі, решта по областях. В принципі, МОЗом це визначено регіональними центрами.

Інший слайд, будь ласка. Що значить "регіональні центри координації"? В принципі, вони повинні нести такі функції: лікування і комплексна реабілітація, організаційно-інформаційна і аналітична. Це співпраця з військкоматами щодо осіб, які потребують реабілітації. Ну, загалом, от і новий законопроект, який зараз обговорюється, він передбачає згоду щодо реабілітації, але це, я думаю, думка всіх буде, що необхідно, щоб усі військовослужбовці проходили обов'язково реабілітацію, але це треба за згоди бійців, дійсно, робити. І для цього треба інформаційно підтримувати це, інформаційну кампанію проводити і кампанію в сім'ях і в середовищі, в якому вони перебувають, для того щоб люди розуміли, що коли вони проходять реабілітацію, вони можуть нормально функціонувати і бути нормальними громадянами, повноцінними, суспільства.

Інший слайд, будь ласка. Ну, динаміка пролікованих учасників бойових дій в госпіталях ветеранів війни. Ви бачите, це з початку війни, з 2014 року, з 20 лютого, дані на грудень 2017 року. Ви бачите, що, в принципі, динаміка позитивна, тобто 20 тисяч майже проліковано протягом 2017 року. Хочу зазначити, що протягом двох місяців 2018 року було проліковано, на 20 лютого, у нас є інформація, що проліковано 1 тисяча 284 особи. Ну, це не є так багато, як би ми хотіли, ну, проліковано. Ми не можемо зараз в певній мірі говорити про те, що вони пройшли реабілітацію, тому що ми знаємо, що для того, щоб людина проходила реабілітацію, у нас зараз створені нові посади. Це ерготерапевти, фізичні терапевти, тобто це люди, які повинні допомагати людині в суспільстві орієнтуватися і відновлювати свої функції. Ну ми можемо говорити хоча б трішки про те, що от, наприклад, центр в Клевані, завдяки зусиллям, дякуючи і Оксані Анатоліївні, її наполегливості,

такої завзятості, коштував багато крові і поту, але він функціонує і на сьогоднішній день там 50 ліжок фінансується за рахунок, ну всього 50 ліжок, за рахунок коштів державного бюджету, але всього 240 ліжок там є. І я думаю, що питання фінансування, гостре питання стоїть, щоб ми могли розвивати далі гарний цей здобуток, далі впроваджувати.

Наступний слайд, будь ласка. Ну, за даними територіальних департаментів охорони здоров'я, у нас є така статистика, скільки проліковано протягом 2014-2018 років. Найбільша кількість була пролікована в Українському державному медично-соціальному центрі ветеранів війни в Циблях - 3 тисячі 725 осіб. А найменша кількість, ви бачите, в Одеському госпіталі ветеранів війни, в "Лісовій поляні" тільки 18, на жаль. Тому, в принципі, і розміщення госпіталю в Пуца-Водиці, і матеріально-технічна база, вона не така нова, але, в принципі, дозволяє нам зробити на цій основі Центр ПТСР для того, щоб реабілітувати хлопців в подальшому.

Наступний слайд. Потреба у видах реабілітації демобілізованих. Ми бачимо, була презентація законопроекту, нам говорили про те, що реабілітація, вона не може бути окремо медична, фізична чи психологічна реабілітація, тобто вона комплексна і воно може перетинатись один з одним. Ми бачимо, що в принципі у відсотках: 40 відсотків потребує, це за даними центрів статистики, Центру в Циблях, потребують медичної реабілітації, тобто лікування, фізичної реабілітації тільки 18 відсотків, а психічної, психологічної - 54 відсотки.

Я думаю, що за відсутності загальної інформаційної бази, інформаційної платформи, ми можемо дивитись на ці цифри, прийняти їх за орієнтовні, тому що я говорила вже, що 160 тисяч демобілізованих і тільки 105 тисяч перебувають на диспансерному обліку. Тут ми можемо таку статистику надати.

Наступний слайд. Що в принципі було зроблено протягом 2014-2018 років. У нас був Указ Президента України "Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції" від 2015 року і розпорядження Кабміну "Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції".

По-перше, це методологічне забезпечення, був наказ МОЗ 121 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів та стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі". В рамках цього уніфікований був клінічний протокол первинної, вторинної, третинної медичної допомоги, розроблений, адаптований і клінічна настанова "Посттравматичний стресовий розлад". Він був заснований на напрацюваннях міжнародних колег і запроваджений у США і в країнах, які здійснюють.



КОРЧИНСЬКА О.А. Пані Наталю, дякую. Скажіть, будь ласка, я зараз звертаюсь до керівників госпіталів ветеранів війни, ви всі отримали цю настанову по ПТСР? Або, скажемо так краще, хто не отримав цю настанову по ПТСР? Чому я питаю, тому що, коли ми у вас були, жодного разу ви її нам не продемонстрували. Тобто протоколи, які використовує інститут, ми бачили, вони готові з нами ділитись.

Хто цю настанову з керівників бачив? Мене зараз цікавлять госпіталі ветеранів війни. Підніміть руку, хто бачив цю настанову? Один, два. Можна озвучити, які це госпіталі, щоб ми знали. Житомирський, херсонський, Циблі і Клевань. 4 з 30. 4 заклади бачили цю настанову.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Ні, 4 присутні просто зараз.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Пані Оксано, ми говоримо про наказ?

КОРЧИНСЬКА О.А. Ми говоримо про клінічні настанови по ПТСР. Просто коли ми з Вадимом об'їжджаємо регулярно ці госпіталі і питаємо, чи у вас є міжнародні протоколи, на нас приблизно дивляться з великим здивуванням. Нам кажуть, що скажіть дякую, якщо у нас є психологи.

Зараз, пані Наталю, користуючись тим, що ви у нас відомий волонтер так само були, я надіюсь, що з вами і з паном Володимиром Голиком все ж таки ми перезапустимо і, нарешті, "Лісова поляна" стане дійсно таким центром разом з нашим інститутом.

ДМИТРІЄВА Н.А. Ми теж дуже сподіваємося на те, що у найближчий час...

КОРЧИНСЬКА О.А. Тому що зараз це найслабше місце в системі реабілітації.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Пані Оксано, мене цікавить все-таки той наказ. А він хіба не відмінений, той 121-й?

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Ні, він чинний.

КОРЧИНСЬКА О.А. Тепер ми переходимо безпосередньо якраз до госпіталів ветеранів війни. За цей рік ми пройшли певний шлях: нам вдалося збільшити все-таки нарешті кількість грошового забезпечення на харчування і на медичні засоби.

Зараз ще раз нагадую всім учасникам "круглого столу". За Законом України ветеран АТО має право один раз на рік скористатися своїм правом для оздоровлення в системі госпіталів ветеранів війни. Один раз на рік! І все залежить від того, чи правильно його будуть направляти. Чи правильно, от як

ми з Вадимом застали в "Лісній поляні" колишніх поранених військовослужбовців, яким контрактура 2015 року - не розроблені верхні кінцівки. З 2015 року поранені! Тому що їх кожен раз відправляють у черговий санаторний заклад, який само собою не має можливостей. З 2015 року контрактура верхньої кінцівки. Натомість у нас з вами є госпіталь ветеранів війни, місто Циблі, який є республіканський, тобто він має право приймати всіх військовослужбовців, перше, діючих. Вікторе Вікторовичу, хочу, щоб ви це чули, МВС, діючих, в тому числі національних гвардійців, вони мають право, вони так само є ветерани війни. Він має право приймати зі всіх областей, тому що їх спеціалізація – це не тільки розробка кінцівок, але, в першу чергу, вони є екстракласу в цьому серед наших госпіталів ветеранів війни.

І тому для мене дуже важливо, що коли до вас потрапляють в обласні госпіталі ветеранів війни, яким не донесли в тому числі клінічні протоколи, коли потрапляє туди ветеран АТО, який не знає, і на місцях не знають, його приймає область, котра нічим йому не може зарадити абсолютно, в той же час є Циблі, які б могли його повернути до нормального життя через реабілітацію, котра у них вже налагоджена.

Тобто зараз презентуємо один із перших наших госпіталів ветеранів війни, який республіканського значення, знаходиться в Київській області. Ще раз нагадую, вони мають право приймати в тому числі і всіх добровольців.

Єдине по добровольцях. Коли вони в стадії оформлення, ви звертаєтесь до мене, я відправляю нашим госпіталям ветеранів війни листа про те, що я підтверджую, як заступник голови цивільного міського штабу, що даний доброволець проходить оформлення, і, будь ласка, прийміть. Безвідмовно приймають всіх.

Все, будь ласка.

ГРІНЕНКО Ю.О. Дякую, Оксано Анатоліївно.

Шановне зібрання, перш за все, хотів би подякувати всім організаторам нашого зібрання за те, що сьогоднішнє зібрання надзвичайно актуальне для тих, хто працює саме з бійцями АТО. Надзвичайно. Я вам дякую всім, хто це зробив, і прошу робити й надалі, тому що ми повинні побачити і почути один одного. Інформаційний простір великий, але ми повинні спілкуватися безпосередньо. І це дуже важливо.

Я хотів би наголосити перш за все, продовжуючи тему лікування наших бійців, про те, що особливостями стану здоров'я наших пацієнтів, це бійців АТО, є виражена поліморбідність – наявність декількох захворювань у одного пацієнта: соматичні, фізичні травми і порушення психологічного стану. Хочемо ми цього чи ні, а пацієнт один, і лікувати окремо взятую хворобу практично неможливо. По всіх канонах реабілітації безперервність і комплексність лікування стоять першими, комплексність, першими стоять. І якщо ми будемо відокремлювати і розказувати, що медична реабілітація там

не підходить, дуже складно. Тому ми тут, ще на цих питаннях, повинні зупинитися і поспілкуватися.

Структура захворюваності пацієнтів центру. Якщо дивитися на цю таблицю, то післятравматичні артрози з 2015 року зростають майже в 3 рази. Гіпертонічна хвороба майже в 5 разів зросла у бійців. Хвороби печінки втричі, хвороби сечостатевої системи в 6 разів ростуть. Поліпшується діагностика, вони частіше звертаються, ми це бачимо, це у них було і це є.

В структурі захворюваності відмічається трансформація післятравматичного стресового розладу (наступний слайд), невротичні, депресивні розлади, розлади сну і потребують психологічної корекції. І от в динаміці – з 2015-го по 2017 рік – у цих бійців (я говорю про демобілізованих бійців – тих, які, в принципі, вже в соціуму декілька років) післятравматичний стресовий розлад, діагноз, зменшується і підтримується тільки за рахунок тих, хто приходить з війська, Збройних Сил України.

Соматоформні розлади зростають в декілька разів, невротичні розлади в 2 рази, депресивні в декілька разів, розлади сну в 5-6 разів. Я говорю про комплексність процедури. Не можна лікувати тільки психосоматику, тобто не можна лікувати тільки психологічний стан. Психологічний стан покращиться тільки тоді, коли соматика нормальна у людини. Зрозуміло, так? Дуже здорово. Це треба розуміти. Тому стан здоров'я демобілізованих наших бійців потребує комплексної реабілітації. І я би просив таке рішення записати у наше рішення.

Ну а тепер з приводу посттравматичних, практичний довід по кінезотерапії. Після того, як трастовий фонд НАТО нам передав обладнання – апарати СРМ-терапії (наступний слайд), ми провели моніторинг кількості пацієнтів по областях України з пошкодженими суглобами. По кожній області й по кожному суглобу, зверніть увагу, плечовий суглоб (перша строчка) – 270, по областях, Вінницька – 31, нагорі, нижня Чернігівська – 9. І так ліктьовий, зап'ястя, тазостегновий. Ми знаємо, по даних наших госпіталів знаємо, я думаю, що це – орієнтовна кількість, це не всі бійці враховані, враховуючи, як працює "первичка" наша медична, не всі. Потім нові з'являються. А цій таблиці вже більше року.

Всього 2 293. 2 293 бійця, з них 822 - інваліди якраз із ураженими суглобами. Комбінованих пошкоджень – 30 відсотків.

Наступна таблиця. Структура от яка, дивіться. Комбінованих 33 відсотки, колінний суглоб займає 18, гомілково-ступневий – 14, плечовий – 11. І разом вони займають майже 50 відсотків, так як характер травми на фронті. От, власне, ми бачимо дійсний характер травми.

Наступний слайд. Ну от, власне, ті самі СРМ-апарати по пасивно-активному відновленню функцій суглобів і тракційний стіл в даному випадку працюють із шийним відділом хребта.

Наступний слайд. СРМ-терапія у бійців з пошкодженими суглобами. Прошу звернути увагу. 7 тисяч 733 процедури СРМ-терапії. Понад 800 бійців

АТО. Це трохи більше ніж за рік. 973 процедури – це у нас тракційна терапія. Це більше 135 пацієнтів. І знову ж підтверджується, прошу звернути увагу тут, я зараз покажу, 2 тисячі 33 - це плечовий суглоб. 2 тисячі 650 процедур – це колінний суглоб. І 1 тисяча 174 гомілково-ступневий. Та ж сама динаміка по суглобах. Шийний і пояснично-крестцевий, шийний набагато менший, ніж пояснично-крестцевий відділ, майже у 3 рази.

Наступний слайд. Я вам скажу, що середньостатистичний показник відновлення амплітуди рухів у суглобах, вихідний рівень амплітуди і після курсу СРМ-терапії, прошу звернути увагу, на 25-30 відсотків. Найкраще йдуть колінний суглоб, гомілково-ступневий – до 40-45 відсотків. Покращується функція суглоба після проведеної терапії на цих апаратах.

Ну, апарати апаратами, але якщо там не буде поруч кваліфікованого фізичного реабілітолога, якщо він не буде працювати кваліфіковано ручками, то апарати залишаються тільки для апаратів. Тому питання забезпечення спеціалістами залишається вкрай-вкрай важливим.

Наступний слайд. Ну, в даному випадку не плечовий суглоб, гомілково-ступневий.

Наступне. З кистю працюємо. Працюємо з колінним суглобом. От зверніть увагу на тракційний стіл. Тракційний стіл сучасний, надзвичайно ефективна методика. Але обов'язкове обстеження КТ, МРТ. І без обстежень ні в якому разі лікар, в даному випадку ЛФК, завідувач відділенням, не приступає до лікування. Ну от, власне, ситуація така. Я думаю, що цей слайд можна перегорнути.

Я хотів би зупинитися на пропозиціях. Значить, з приводу пропозицій. Перше, визначити особливу важливість у проведенні комплексної реабілітації бійців АТО, комплексність її. Вирішити на законодавчому рівні, тобто зобов'язати направлення усіх демобілізованих бійців АТО у госпіталі ветеранів війни обов'язково, які демобілізуються або закінчується контракт. Ну, по-різному. Чому сюди, до нас саме? З метою визначення у них зразу ж психічного, психологічного, соматичного стану здоров'я, ми повинні на них подивитися. Як сказала наша шановна радник виконуючої обов'язки міністра, 160 тисяч демобілізованих. А 105 тисяч – на диспансерному обліку. Де 50 тисяч? "Первичка" не працює, ми не можемо їх знайти. Ми не знаємо, хто пішов. Ну це цифри символічні, теж було сказано. Але вони є на сьогоднішній день. І якщо вони попадають, якщо маршрут їх буде такий, що їх зобов'язали йти до нас, в госпіталь наш ветеранів війни, приїде уже в військкомат і потім там його поставлять на облік, щоб ми ним займалися.

Проведення первинної диспансеризації. Своєчасне лікування і реабілітація. Формування індивідуального плану реабілітації. Все тут проходить. Формування боєздатного резерву відповідно до стану здоров'я, в тісній співпраці з обласним військкоматом, тому що госпіталі обласні і обласні військкомати тут, на місці. Підготовка, проведення і організація проведення МСЕК. Всі документи тут, бійцю не треба нікуди бігати. А

оскільки в усіх областях, крім Київської, є госпіталі ветеранів війни, то, в принципі, вони можуть їхати у свої області. Якщо не хочуть, їдуть до мене. Я ними займаюся безпосередньо теж.

Тому це така от пропозиція. Розробити алгоритм співпраці Міністерства охорони здоров'я з Міноборони по реабілітації діючих військовослужбовців, на чому ви наголошували. Сьогодні у них немає чіткої вказівки, їм ніхто не забороняє, але чіткої вказівки немає. Телефонують командири, начмеди і мені говорять, а що робити? Пишіть листа, направляйте. Нічого страшного.

КОРЧИНСЬКА О.А. *(без мікрофону)*

ГРІНЕНКО Ю.О. Ми говоримо про діючих військовослужбовців, яких можуть направити прямо з частини. В Ірпені там своя база досить серйозна і вони хай займаються ними. Ми в принципі готові приймати, але в них досить серйозна база.

Враховуючи такий стан наших бійців демобілізованих, виразні невротичні розлади, сама поведінка наших бійців приводить до того, що страждають члени сім'ї. Тому родина по супроводу повинна лікуватися, тільки чітко треба визначити - хто. І ми вже бачимо, якщо лікується з родиною, оздоровлення іде набагато швидше, процес реабілітації настає набагато швидше.

Наповнити інформаційний простір інформацією про заклади по реабілітації, щоб наші бійці бачили.

КОРЧИНСЬКА О.А. Тільки що ми з вами казали про дорожню карту.

ГРІНЕНКО Ю.О. Наш заклад готовий взяти на себе роль кол-центру по регулюванню цих дзвінків, які будуть з приводу тієї інформації, яка буде в інформаційному просторі.

КОРЧИНСЬКА О.А. Юрію Олександровичу, тоді озвучуйте мобільний або телефон, за котрим можна з вами зв'язатись.

ГРІНЕНКО Ю.О. Я озвучую. 067 509-65-48.

КОРЧИНСЬКА О.А. Гріненко Юрій Олександрович – директор Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни. Ще раз повторіть, будь ласка, номер телефону.

ГРІНЕНКО Ю.О. 067 509-65-48.

Ще хотів би з приводу фахівців, щоб ми внесли в рішення нашої наради, так як написано, в Міністерство соціальної політики: вживати заходи

з метою належного кадрового забезпечення закладів, а тут напишемо – госпіталів ветеранів війни Міністерства охорони здоров'я. От щоб ми не самі шукали наші кадри, які нам на сьогодні потрібні. Я готовий прийняти сьогодні 10 фізичних реабілітологів, я готовий прийняти 10 психологів. Колега мій зараз буде виступати, теж готовий.

Минулого року я був у двох університетах. Результат мій нульовий – ніхто не приїхав.

КОРЧИНСЬКА О.А. Це говорить нам Юрій Олександрович, котрому вдалось навіть з комерційних закладів реабілітаційних переманити кілька спеціалістів, в тому числі випускників Українського католицького університету, але тим не менше навіть у нього є ця проблема.

ГРІНЕНКО Ю.О. Ще один момент. Хотів би, щоб записали в рішення, прошу: місцевим органам виконавчої влади, це дев'ятий пункт, місцевій владі дотримуватись виконання постанови № 34. Вони фінансують самі госпіталі і деякі, більшість госпіталів, тобто областей, там, де губернатори не працюють в плані реабілітації, а кількість ви бачили, 7-8 госпіталів, де губернатори працюють, там значно зменшують норму, визначену постановою Кабміну на харчування і медикаменти.

КОРЧИНСЬКА О.А. Ми почули.

ГРІНЕНКО Ю.О. Дякую вам. Дякую всім.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дякую.

Тепер ще одна нова зірка нашого реабілітаційного простору – це госпіталь ветеранів війни Рівненської області міста Клевань. Це дуже дійсно важкий шлях протягом року, коли я порахувала, яку кількість відмов ми отримали з Андрієм Івановичем, це було 38 разів, нам Кабінет Міністрів відмовляв в організації цього закладу, 38 разів.

Ми це подолали, в минулому році ми змогли від держави 28 мільйонів гривень вкласти в перший державний центр, тому що в нас є два державних центри – це Інститут протезування і нейротравми (місто Харків) і на даний момент другий перший державний центр серед госпіталів ветеранів війни – це місто Клевань, начальник Андрій Іванович Бурачик. Це, звичайно, заслуга колективу, заслуга волонтерів і тих військовослужбовців, які довіряли цьому закладу, і навіть коли вони не мали обладнання, все одно знаходились там місяцями, при тому, що там надавати їм допомогу було дуже важко на той момент.

Ще раз кажу, це заклад зараз республіканський. 50 ліжок - це для всієї країни, в тому числі для добровольців, в тому числі для всіх ветеранів і в

тому числі для діючих військовослужбовців всіх силових відомств. І заклад ветеранів війни Рівненської області - це плюс 240 ліжок.

Будь ласка, Андрію Івановичу.

БУРАЧИК А.І. Дякую, Оксано Анатоліївно. Шановні учасники "круглого столу", дозвольте проінформувати, що з грудня 2017 року на базі відділення госпіталю створено республіканський центр лікування та реабілітації наслідків нейротравми на 50 ліжко-місць.

Наступний слайд. Показами для госпіталізації в центр є наслідки важких черепно-мозкових та хребетно-мозкових спинальних травм і захворювань учасників антитерористичної операції, які потребують довготривалого лікування та реабілітації.

Наша мета – відновлення порушених функцій внаслідок травми або захворювання, найбільш оптимальне відновлення фізичного, психічного та соціального стану пацієнта, навчання незалежного активного способу життя.

Наступний слайд. Принципи організації нейрореабілітації в центрі – ранній початок реабілітаційних заходів, це дозволяє знизити або попередити ускладнення і сприяє більш повному і швидкому відновленню порушених функцій, системність і тривалість, поетапна побудова реабілітації, середня тривалість реабілітації, згідно положення про центр, складає 180 днів.

Комплексність – це застосування всіх доступних і необхідних реабілітаційних заходів. Це кінезотерапія, гідрокінезотерапія, ерготерапія та інші. Мультидисциплінарність - участь в реабілітаційному процесі фахівців різного профілю. Склад мультидисциплінарної команди в центрі – це реабілітолог, невролог, уролог, логопед, фізичний терапевт, ерготерапевт, психологи та інші.

Адекватність – індивідуалізація програми реабілітації, складання реабілітаційної програми з врахуванням віку, етапу реабілітації, соматичного стану та перспектив пацієнта, використання методів контролю адекватності навантажень та ефективності реабілітації, активна участь в реабілітаційному процесі самого хворого, його рідних та близьких.

Наступний слайд. Для комфортного перебування створена матеріально-технічна база. Всі палати обладнані, максимально наближені і обладнані для перебування пацієнтів з обмеженими фізичними можливостями.

Наступний слайд. Як один з етапів перебування чи закінчення реабілітаційного процесу є можливість проживання наших пацієнтів в будиночках, які максимально наближені до домашніх умов. У нас є такі котеджні будиночки. Наступний.

Окрім матеріально-технічної бази у нас є значна реабілітаційна база: це реабілітаційні клітки, які дозволяють підбирати індивідуальну програму кінезотерапії. Наступний.

Це мотомеди з різними програмами: активною, пасивною програмою реабілітації. Наступний.

Це стельові підйомники, які укомплектовані біговими доріжками, які дозволяють вертикалізувати наших пацієнтів і відновлювати навички ходи. Це вертикалізатори, які дозволяють найважчих пацієнтів вертикалізувати. Вертикалізатори з імітацією ходи, які вчать пацієнта заново ходити. Наступний.

Це можливості гідрокінезотерапії. У нас басейн, у нас різні ванни – все для лікування наших пацієнтів. Наступний.

Це кімната ерготерапії, де активно проводяться заняття з нашими пацієнтами для вдосконалення загальної та дрібної моторики для виконання завдань в повсякденному житті. Наступний.

В центрі, окрім реабілітаційного обладнання, широко використовуються фізіотерапевтичні процедури. Це весь перелік фізіотерапевтичних процедур. Зокрема це лазерна терапія, це пресотерапія та багато інших. Наступний.

Окрім реабілітаційного обладнання, фізіотерапевтичного центр забезпечений сучасним діагностичним обладнанням. Так як пацієнти у нас знаходяться, знаходились і будуть знаходитись в середньому біля 6 місяців, тому є потреба і в різній діагностиці. Пацієнти важкі, лежачі, спинальні хворі. Тому у нас є на сьогодні сучасне обладнання для діагностики. Центр працює, центр республіканський, центр готовий приймати пацієнтів з даною патологією з усієї України.

Дякую.

КОРЧИНСЬКА О.А. Андрію Івановичу, будь ласка продиктуйте телефон.

БУРАЧИК А.І. Телефон: 096 111 93 45.

КОРЧИНСЬКА О.А. Вкажіть ще раз всі координати, в тому числі офіційні.

БУРАЧИК А.І. Це мій мобільний телефон.

КОРЧИНСЬКА О.А. Андрій Іванович Бурачик – директор госпіталю ветеранів війни Рівненської області міста Клевань і нейроцентру.

Звичайно, це тільки початок шляху. І ми дуже вдячні, до речі, Міністерству оборони, які відкликнулись і взяли за те, щоб вчити спеціалістів для цього центру. Тобто якраз оця взаємна праця, тому що перед тим, як вчитися за кордоном, нам треба спочатку навчитися всіх тих досягнень, які мають наші спеціалісти.

І, без сумніву, у нас тут є лідер нашої позиції – це Інститут протезування, місто Харків, який займається не тільки протезуваннями, але, в тому числі, нейротравмою. А я хочу зазначити як якраз людина, яка пройшла



зі своїм прийомним сином 4 заклади реабілітаційних, він візочник, і якраз три з них були комерційні, і не буду вам розповідати, що середній комерційний заклад коштує приблизно зараз від 100 до 200 тисяч гривень місяць реабілітації. Нашим хлопцям реабілітації потрібні мінімально до півроку. Жодна родина, жоден благодійник, жодна волонтерська організація собі таке дозволити не може. І тому якраз один із етапів, коли ми ставали на ендопротези, це була заслуга якраз державного закладу – Інституту протезування міста Харкова. Без сумніву, це зірка нашого Міністерства соціальної політики.

Прошу, Антоніно Денисівно.

САЛЄЄВА А.Д. Дякую.

Шановні колеги, я дуже відповідально сьогодні виступаю, тому що це було вже стільки місяців тому, і мені потрібно обов'язково надати вам результат. Прошу.

Два роки ми вже працюємо в найбільш таких нових технологіях (те, що стосується реабілітації), сьогодні хочу подякувати спеціалістам, які прийняли рішення розділити два закони відносно реабілітації пацієнтів АТО і взагалі реабілітації. Чому? Тому що це може бути дуже хороший перехід від одного до іншого. І, власне, є сьогодні приклад, чим ми сьогодні закінчуємо після двох-трьох років реабілітації.

У цих хлопців абсолютно відновлені на сьогодні функції верхніх кінцівок, і у них на сьогодні результат життєвий такий: повернулися, освоїли і працюють. Значна частина у нас повернулися на службу. З наших тих, хто пройшов реабілітацію в Інституті, 65 відсотків зараз повернулись на службу. Це ампутація верхніх і нижніх кінцівок. А один пацієнт зі спинальною травмою, це полковник, він сьогодні робить професійну підготовку пацієнтів, і це вже, скажімо, звіт-результат, що справді можуть вони в житті. Звичайно, це дуже важлива ситуація відносно технологій, тому що, от як сказала Наталія Володимирівна, коли є чітка постановка завдання і добре написана ІПР, тоді набагато легше просуватися.

У нас, наприклад, вже є в Мінсоцполітики як його структура, ми це змогли вибудувати, і в нас на сьогодні ці технології вже йдуть одна за одною. Є мультидисциплінарна, потім є абсолютно всі необхідні технології для того, щоб підготувати до протезування, і ми маємо цей результат. І основне завдання в тому, щоб це було не тільки досягненням одного якогось центру, а щоб це взагалі було доступно в Україні.

Ми, крім того, що впровадили технології, скажемо, протезування, ми зараз ще впровадили новітню технологію за міжнародним проектом підготовки спеціалістів по протезуванню-ортезуванню за найкращим

стандартом в світі, який на сьогодні є, ISPO (Міжнародна організація протезистів-ортезистів). Харківський інститут радіоелектроніки в межах спеціальності "біомедінженерія" проводить вже зараз підготовку тренерів-викладачів, які будуть сертифіковані потім цією міжнародною організацією. Дуже важко здавати, навчаються англійською мовою, дуже високі вимоги. Але вони вийдуть, 10 тренерів, які знають толк в тому, як потрібно готувати до протезування. Будь ласка, наступний слайд.

Оце динаміка на сьогодні впровадження новітніх технологій, це електронне управління ортпротезами і ортезами. Єдине, що мене трішечки, скажімо так, здивувало сьогодні: сказали, що дуже багато пацієнтів відправляють за кордон. Я знаю точно, що у нас існує система підготовки пацієнтів до протезування новітніми технологіями. Вони звертаються в Фонд соціального захисту інвалідів. І на сьогодні, от це абсолютно правдива інформація, із всіх, хто звернувся в 2017 році, ми відправили тільки одного пацієнта, і з задоволенням відправляємо, коли бачимо, що не справимось.

Тобто багато технологій вже освоїли в себе. І от ті протези, які ми бачили, це Touch Bionics, Шотландія, Німеччина і так далі. Тому ми маємо з впровадження по технологіях от таку динаміку. Зараз ще підготуємо спеціалістів протягом трьох-двох років, тренери, і вже зможемо запустити національну освітню програму. І ми це питання начебто вже виведемо на новий наступний рівень. Прошу наступний слайд.

Проблеми. Обмежене користування протезом, якщо отримали протез і не отримали послуг з реабілітації та відповідних тренінгів. Проблема номер один. На сьогодні якщо не маємо комплексної такої, знаєте, відповіді на питання, то тоді дуже часто кошти, які ми заклали в протезування, не ефективні. Крім того, зараз ми зіткнулися ще з тим, що у нас є проблема з тим, що потрібні спеціальні засоби для забезпечення протезу, крім кисті. Як вирішуємо питання? Поставили зараз за обов'язкове забезпечення комплексної послуги з реабілітації. І Наталія Володимирівна говорила про те, що в 321-у постанову внесено зміну про те, що обов'язково повинна надаватися послуга з підготовки до протезування і потім адаптації. Тобто, слава Богу, починає з'являтися отой комплекс, який необхідний. Звичайно, потрібні нам ерготерапевти, фізіотерапевти, тут є вже якийсь, скажемо, певний такий трішки досвід завдяки міжнародним проектам тим, які були. Тому відповідь на це питання отримати можемо. Наступний, будь ласка, слайд.

Ще є одне обмеження, таке хороше обмеження. Наші хлопці кажуть про те, що "ми обмежені займатися спортом і немає спеціальних конструкцій спортивних протезів і відсутні вузькофункціональні ортези для занять спортом". Чиста правда. Тому ми вже протягом півроку з Вадимом дуже конкретно працюємо в цьому напрямку. І крім того, ще ми напрацювали зараз, які конструкції повинні бути для цих пацієнтів, ми розібралися, якими видами спорту вони займаються, скільки в нас перша ця команда, 12 людей.

Це, в основному, пацієнти з травмою на рівні гомілки, займаються, в основному, кроссфітом і бігом, наприклад, або такими динамічними видами спорту. Для цього потрібно два види протезів – для бігу і для високих навантажень. Сьогодні маємо пропозицію з комплектації німецької і комплектації нідерландської, система "OSSUR". Сформувавши пропозиції до граничних цін. Наступний слайд, будь ласка. Ой, поверніть, будь ласка, назад.

КОРЧИНСЬКА О.А. Це дуже важливо. Тобто у 2018 році, перший раз уже є, вперше у 2017 році профінансовані спортивні, так, деталі, зараз, з 2018 року, держава бере зобов'язання на себе оплачувати спортивні протези в разі, якщо ветеран АТО пройшов відповідну лікарську комісію і підтвердив готовність займатися спортом. З 2018 року держава це сплачує.

САЛЄЄВА А.Д. Зараз якраз відносно цього. Я чому повернулась до цього слайду, внесено зміни, проект зараз постанови, зміни до 518-ї постанови, яка якраз передбачає, що якщо раніше ми гарантували за найновітнішими технологіями пацієнту тільки один протез, зараз включили, що і протез для повсякденного життя, і протез для занять спортом. Це вже наступне наше завдання. Наступний слайд, будь ласка.

Ми вже скомпонували зараз конструкції цих ортезів, так, і маємо пропозицію конкретну по цінній пропозиції. Після того, як ми внесемо зміни до наказу про затвердження граничних цін на вироби підвищеної функціональності за новітніми технологіями, залишиться тільки одне – провести навчальні семінари з закордонними спеціалістами. От тільки поки сиділа на цьому, скажемо так, "круглому столі", у нас вже є запланований, але, на жаль, тільки на травень місяць семінар з німецькою фірмою "OTTO Bock", вона одна з провідних, крім того, є фірма "OSSUR", яка має дуже хороший досвід. Наші хлопці в Штатах протезуються їхніми комплектуючими.

Вони надіслали, що вони підтвердили нам семінар на 27 березня, вони готові будуть приїхати, і якщо ми зараз будемо готові з механізмом оплати, то вони це зроблять. Чим це добре? Тому що ми встигаємо до вашого відбіркового, ми дуже поспішали, до травня треба встигнути зробити це на найвищому рівні.

Наступний слайд, будь ласка.

Це те, що стосується пацієнтів з ампутацією. Те, що стосується пацієнтів зі спинальною травмою, чесно скажу, хочу подякувати, що взагалі, знаєте, ми піднімаємо проблеми тут психологічної реабілітації, і треба піднімати всі проблеми, тому що минулого разу я звернула вашу увагу на те, що, на жаль, забезпечення засобами інконтиненції було проблемним. Дякувати Богові, воно рухається, проблема зрушила з місця. На жаль, ще

немає цих змін до постанови, але я думаю, що вона досить така велика, і тому крім цього туди вносяться ще якісь зміни, але вона дуже важлива.

Маємо на сьогодні хороший результат, якщо це змінимо. Але у нас є ще одна дуже велика проблема з цими пацієнтами – це пролежневі рани. Я не знаю, як відбувається це в госпіталях і десь іще, але ми зараз шукаємо свої шляхи хто тільки де і як може. Я хочу подякувати, у нас є, наприклад, команда спеціалістів, зокрема зі Львова, Олеся Каландяк, яка координує зараз цей проект. Завдяки їм ми дали відповідь на сучасні крісла колісні, внесли зміни у постанову, і зараз забезпечуються хлопці колясками "Фешаль", які найкращого рівня, але є оця проблема догляду за пролежнями. І ці пацієнти якраз зі спинальною травмою поки що не мають ні протоколу, ні якогось алгоритму.

Будь ласка, наступний слайд.

Що добре? В Україні зараз вже вони починають проводити семінари, які практично можуть готувати медсестер. Це не дуже складна технологія – як себе поводити, яку технологію застосовувати з тими пацієнтами. Вони зараз підготували вже перший блок таких семінарів, і вони будуть іти цим шляхом і готувати медсестер, спеціалістів, як це робиться на Заході. Завжди вивчаю проблему: що потрібно нам. Там є спеціальність, напрямок для підготовки медсестер. У нас якщо не буде навіть спеціального напрямку, а наших медсестер у реабілітаційних центрах ми підготуємо за цим фрагментом, цього буде досить на першому етапі.

Будь ласка, наступний слайд.

Нам дозволить це отримати відповідні знання, скажімо, як їх посадити на крісло, як їх покласти правильно на ліжко, скільки разів це зробити і так далі.

Ускладнений процес практично через цю наявність пролежневих ран, це дуже велика проблема, тому що іноді ми ідемо, от буде йти – хоп, є пролежень, і ми на 2-3 місяці знову назад.

Можна запобігати. Що потрібно зробити? Я поділяю думку Оксани Андрієнко, Людмили Іванівни, яка каже про те, що у нас є спеціалісти, у нас є медсестри, будь ласка, давайте зараз проговоримо з зараз з Міністерством охорони здоров'я, як нам зробити цей вузький спеціалізований курс, як додаток, як підвищення кваліфікації для медсестер, які періодично все рівно там все це проходять, і вони досить успішно освоюють цей процес. А на наступне, мені здається, що нам треба просто включати в навчальний процес підготовки медсестер оцей курс, і тоді ота практична частина, яка є, вона дуже добре ляже у цю платформу.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. На вашій базі?

САЛЄЄВА А.Д. Ні, це зараз робиться саме в рамках оцього проекту, а потім це можна просто впровадити в викладання в навчальному процесі, щоб

зразу широко по Україні. Це можна зробити, внести відповідно такий блок знань, він не дуже такий високо відповідальний, це не операції, і не програми реабілітації. Єдине, що сьогодні я, ви знаєте, поділяю просто таку думку сумну, яку висловила сьогодні Людмила Іванівна, вона каже: "Я вражена. Я вражена тим, що такі центри, стільки людей, а там тільки 57, а там тільки 83". От я хочу просто вам сказати: ми на сьогодні працюємо з пацієнтами зі спинальною травмою наскільки можемо максимально ефективно. Зараз освоїмо ще ортези, спеціальні електронні ортези для того, щоб це можна було зробити. У нас результат виходить досить хороший. От скільки пацієнтів зі спинальною травмою? Більше 300.

ГЛОС ІЗ ЗАЛУ. В країні?

САЛЄЄВА А.Д. Ні, АТО.

ІЗ ЗАЛУ. Більше 3 тисяч.

САЛЄЄВА А.Д. Ні, тільки не кажіть, близько 300 поранених зі спинальною травмою, які втратили можливість самостійно рухатись. Оксано Анатоліївно, ми їх не бачимо.

КОРЧИНСЬКА О.А. 391, якщо бути точним.

САЛЄЄВА А.Д. От я хочу вам сказати, у нас їх пройшло, ну, може, чоловік 25. Я хочу запитати: чому? Це дивіться, яка ситуація соціальна. Ця людина вже – інвалід, і вона тільки тут може пройти це безкоштовно. Але через те, що його не направляють чомусь військові, що це за такий "заколдований" круг? Ну як? Це так дорого? Це так важко? Ви абсолютно правильно це сказали на власному досвіді. Як нам змінити цю ситуації, щоб ми їм могли раніше допомогти? Після того, як вони пройшли. Не потрібно одне замінити іншим.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Можна колег в погонах попросити послухати те, про що говорить керівник інституту? Просто це питання до військових.

САЛЄЄВА А.Д. Які не направляють нам.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Які не скеровують ветеранів з ваших госпіталів в інститут, який насправді може зробити фантастичні речі.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. ...документи.

САЛЄЄВА А.Д. Ні, з документами проблеми немає. Хочу зразу вам сказати. Можливо, це і є та думка, яка зупиняє багатьох. Насправді, пацієнт зі спинальною травмою, на жаль, це вже інвалід, без сумніву. У нього є підтвердження про те, що він має інвалідність, без сумніву. Те, що він має обмежені, скажемо так, можливості руху, без сумніву. І там є таке зараз в Постанові 321-й, що він може йти по реабілітації й протезуванню, якщо в нього є такого роду, скажімо так, серйозні проблеми. Але нам направляють деякі заклади. Нам направляє Центральний київський госпіталь. А інші? Куди вони діваються? Вони не приходять зі Львова. Чому вони не приходять зі Львова на наступний етап? От мені жаль.

КОРЧИНСЬКА О.А. На даний етап ми якраз це вирівнюємо, і Клевань ми підбирали саме для того, що це недалеко від Львова було, тому що у військових всього є два реабілітаційних заклади. Один із них дійсно гарного рівня – це нейрореабілітаційне відділення. Інша справа, дійсно, вони приїжджали, і начальник госпіталю, і заступники начальника госпіталю, були з нами на відкритті, і вони якраз зараз взяли шефство і по підготовці кадрів, і для того, щоб відправляти після себе.

САЛЄЄВА А.Д. Будемо готувати з ними...

КОРЧИНСЬКА О.А. Так. Просто зараз, коли ми говоримо з вами, у нас з вами порядку 400, але більшість з них, хлопців, вертикалізованих. А ті, що у нас візочники, це дійсно зараз там, ми подивимося точну кількість, це порядку 200. І вони в різні періоди проходили, і вони всі були тоді по комерційних закладах. Це і "Нодус", і "Мотрич", і "Гута" – ну, безліч. В Луцькій області є "Святого Луки", по-моєму, заклад. Це всі ті заклади, які благодійники і волонтери шукають гроші, не знаючи, що ми уже маємо два державних заклади, де шукати гроші не треба. Єдине, що треба, це довести ветерана до двох закладів: або до Клевані, або, відповідно, до харківського Інституту протезування, тому що у військових є свій заклад, чого немає у Міністерства внутрішніх справ і у всіх їх структур.

Антоніно Денисівно, дуже вдячні вам. Ще були якісь зауваження?

САЛЄЄВА А.Д. Ні. Ви знаєте, я сьогодні вдячна, що в мене така інформація про Клевань, тому що, я думаю, що ми дуже непогано спрацюємо разом, один після одного. Дякую.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Я хотів би додати, спортивні протези, по яких зараз дійсно багато напрацювань, це не потрібно бути професійним спортсменом, це просто треба бути активною людиною, і все. Дякую.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. (без мікрофону)

ГЛОС ІЗ ЗАЛУ. І в цьому напрямку ми будемо опрацьовувати, дійсно (*оплески*), щоб об'єднувати ветеранський спорт під одну спілку і пробувати отримувати державне фінансування з цього приводу, і щоб команди з різного виду спорту змагались між собою. Це дійсно спортивна реабілітація, дуже ефективна. Ми її будемо зараз теж створювати. Вона вже є насправді, але вже на державний рівень переносити.

КОРЧИНСЬКА О.А. У нас якраз наступний – це Баженков Євген Володимирович – директор Виконавчої дирекції Фонду соціального страхування України, безпосередньо той, який відповідає за оплату всього нам необхідного для реабілітації ветеранів АТО. Будь ласка.

БАЖЕНКОВ Є.В. Дякую, Оксано Анатоліївно. Шановні колеги, дозвольте я декількома словами презентую ту програму, до якої ми теж нещодавно долучились. Завдання Фонду – це надання матеріального забезпечення та соціальних послуг застрахованим особам, тобто всім тим, хто офіційно працює і сплачує єдиний соціальний внесок.

В минулому році ми запросили Володимира Голика. Він нам надав дуже велику допомогу, і ми розробили новий механізм, який передбачає санаторно-курортне лікування після перенесених захворювань і травм. І сім профілів, за якими ми працюємо, один з таких профілів є і саме медико-психологічна реабілітація за рахунок коштів Фонду соціального страхування.

Гранична ціна, встановлена на таку послугу, 600 гривень. Учасник АТО, який демобілізувався і який працює, має право звернутись до закладу охорони здоров'я і відповідно за висновком ЛКК за своїм вибором він може обрати санаторно-курортний заклад з реабілітаційним відповідним відділенням і разом зі своєю сім'єю, з неповнолітніми дітьми, до 24 днів отримати послугу з медико-психологічної реабілітації.

Всі їдуть безкоштовно. Єдине, що за сім'ю сплачується тільки за проживання і харчування, а за учасника ще і лікування оплата іде. Тобто ніхто ні за що не сплачує, для всіх це безкоштовно. Члени сім'ї, вони не потребують в даному випадку лікування.

КОРЧИНСЬКА О.А. Член родини, по закону, з 16 років. Я автор закону, тому, вибачте, я його знаю напам'ять, від 16 років має право член родини супроводжувати, якщо він не є особою з інвалідністю важкою...

БАЖЕНКОВ Є.В. Тут трішки не так. У нас якщо ветеран обрав заклад, він може з сім'єю поїхати – і з дружиною, і з неповнолітньою, повнолітньою дитиною, оскільки ми вивчали і досвід міжнародний, що саме в колі сім'ї відбувається найбільш ефективно саме медико-психологічна реабілітація. Він нічого не платить. Оплачує за це Фонд соціального

страхування, тристоронній договір укладається, це працівники фонду вже спільно з закладом охорони здоров'я оформлюють документи. І не треба нікуди бігти, не треба нічого оформлювати. Ми зараз велику пропаганду робимо, зустрічаємося в областях, збираємо головних лікарів. От Харків у нас номер один зараз у цьому напрямку, Дніпропетровськ, інші регіони підключаємо.

І саме керівникам закладів охорони здоров'я пояснюємо, що вони мають право таке, зістиковуємо їх з нашими працівниками, налагоджуємо тісні контакти, щоб люди про це знали. Я хочу, щоб і ви, хто до цього долучений, щоб теж могли проінформувати.

Вся інформація також є і на сайті Фонду соціального страхування України. У Фонді соціального страхування працює телефон "гарячої лінії", за якою можна звернутися, отримати консультацію з цього питання або з будь-якого іншого і відповідно отримати послугу.

Також декілька слів я б хотів сказати і про ті показання, які є при направленні до медико-психологічної реабілітації. Це порушення адаптації, розлади, пов'язані зі споживанням їжі, неорганічні розлади сну, соматоформні розлади, неврастенія. Це такі основні моменти нашої програми.

Дякую за увагу. Якщо, може, будуть питання, то ми можемо тоді надавати відповіді під час роботи.

КОРЧИНСЬКА О.А. Євгене Володимировичу, так, є питання. Пані Наталія Дмитрієва, будь ласка.

ДМИТРИЄВА Н.А. Скажіть, будь ласка, а діючі військовослужбовці також підпадають під цю програму?

БАЖЕНКОВ Є.В. Ні.

КОРЧИНСЬКА О.А. Діючі військовослужбовці мають окремий закон. Там один член родини від 16 років – супроводження, якщо є показання лікарської комісії.

ДМИТРИЄВА Н.А. У нас тут Центральний госпіталь військовий, він направляє, так, військовослужбовця діючого безкоштовно, а член сім'ї – 50 відсотків.

КОРЧИНСЬКА О.А. Давайте розберемося. Вони порушують закон. Члени родини сплачують тільки якщо лікарська комісія не показала супроводження члена родини.

ДМИТРИЄВА Н.А. Тобто висновок ВЛК повинен бути вказаний.



КОРЧИНСЬКА О.А. Так. Якщо лікарська комісія показала, що треба супроводження одного члена родини, він безкоштовно направляється. Безкоштовно.

Ще раз хотіла би уточнити, Євгене Володимировичу, алгоритм дії нашому ветерану АТО. Він приходить до представництва в даному разі соцзахисту...

БАЖЕНКОВ Є.В. Ні. Алгоритм дії наступний. Працюючий ветеран АТО звертається до закладу охорони здоров'я, ну, наприклад, до госпіталю ветеранів війни, і проходить там обстеження, за відповідними скаргами він може в стаціонарі розміщуватися деякий час, і після проходження лікування йому відкривається лікарняний, потім безпосередньо перед тим, як він виписується зі стаціонару, йому пропонується послуга реабілітації, запрошується закладом охорони здоров'я працівник фонду. Працівник фонду показує заклади, до яких він може поїхати.

Сьогодні перелік таких закладів 43, з якими фонд співпрацює, тобто які відповідають критеріям, це акредитація вищої або першої категорії. З них, які мають реабілітаційні відділення, 18 закладів, їхній перелік є на сайті, можна з ним ознайомитися. Потім, коли ветеран обрав цей заклад, він також може в заяві вказати, що він бажає, саме він зазначає, не ЛКК, що він бажає поїхати разом з дружиною та неповнолітніми дітьми, і вже наші працівники оформлюють. Ну, по-перше, з'ясовують, чи є місце в санаторії, якщо немає, в іншому, оформлюють, бронюють, відправляють його туди. Єдине, що переїзд за його кошти. Він проходить там до 24 днів реабілітацію і повертається потім до роботи, до повсякденного життя.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дуже вдячна.  
Скажіть, є питання? Так, будь ласка.

ТРИСКА С.М. Тріска Сергій Миколайович, "Українська асоціація інвалідів АТО".

Ну, я хотів сказати насамперед: я – інвалід, інвалід з війни, отримав важке поранення в 19 років. І аби я пройшов вчасно реабілітацію, може, я би до сих пір і не мав би цієї інвалідності і не мав би геміпарезу, який у мене є. Я про що? Важливо учаснику АТО, а це вік основний молодих людей, пройти вчасно реабілітацію. Я маю на увазі реабілітацію, яка стосується перших трьох років, і нейрореабілітацію людей, які отримали важкі поранення.

Ми зараз опікуємося такими двома бійцями. Вадим Свириденко знає, ми були. Я би хотів теж, щоб пані Оксана з ними познайомилася. Один хлопець – це Коваленко Олександр, який отримав в 2014 році важке поранення в голову, у нього куля залишилася в голові, і майже тільки після

третього року реабілітації він почав рухатися. Я тільки що показував відео, де видно, що він почав рухатися. Тобто на третій рік реабілітації. Якщо ми говоримо "реабілітація 24 дні", це не реабілітація, це санаторно-курортне лікування. Все! Реабілітація – це довгостроковий період.

І на рахунок фонду я хотів запитати. З ним мати знаходиться уже третій рік. Вона його супроводжує, він має інвалідність І групи. Вона як мати, яка за ним дивиться, вона може отримувати лікарняний чи допомогу з Фонду соціального страхування? Оце питання.

БАЖЕНКОВ Є.В. А мати працююча? Якщо вона офіційно працює і є застрахованою особою, ну внесок сплачує...

ТРИСКА С.М. Ні, ні, не працює.

БАЖЕНКОВ Є.В. Ні, не може. Ми – саме загальнообов'язкове державне соціальне страхування. Наші клієнти тільки ті, за кого сплачує роботодавець.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Кто на три года будет больничный давать?

КОРЧИНСЬКА О.А. В даному разі йде мова тільки про комісованих і демобілізованих військовослужбовців, офіційних. Це, на жаль, поки не розповсюджується на добровольців. В разі, якщо вони не мали постійного місця праці, які є теж учасниками Фонду соціального страхування, от про що йде мова.

ТРИСКА С.М. Я зрозумів. Добре. Дякую.

І я би хотів ще таке цікаве питання задати. Кожне міністерство має свої реабілітаційні центри. Ну, я на прикладі тих людей, якими ми опікуємося на сьогоднішній день. Вони були в багатьох реабілітаційних центрах, я не хочу називати їх, але ж вони пішли від них, від цих реабілітаційних, а пішли конкретно до реабілітолога, який їм надає фахову реабілітацію, і вони побачили результати, вони сьогодні почали вставати на ноги.

Але ж фінансуємо сьогодні ми. Ми фінансуємо цю реабілітацію. На жаль, держава тільки один раз в рік може надати їм путівку. Все, далі фінансується за рахунок якихось благодійних заходів.

КОРЧИНСЬКА О.А. Ні, держава, почекайте, давайте все ж таки грамотно відповідати за свої слова. Кожен демобілізований військовослужбовець має право один раз на оздоровлення в госпіталі ветеранів війни в рік, в даному разі, плюс вони мають право на санаторно-курортне лікування, те, що вам зараз ще раз соцзахист пояснив. На їх вибір із 43 закладів, 18 з них має реабілітаційне відділення.

Плюс, якщо це особа з інвалідністю, в них є свої квоти. Перша група – це 50 тисяч гривень держава виділяє на реабілітацію. Він має право сам або потратити тільки на себе, або витратити цю суму, в тому числі і на родину. Тому це ті компоненти, які оплачує держава.

ТРИСКА С.М. Я розумію, але сьогодні ситуація така, що він прив'язаний до реабілітолога, який йому проводить реабілітацію, і який у нього показує результати. Тобто він військовий, учасник АТО...

КОРЧИНСЬКА О.А. В мене прохання. Якщо є питання, то ми це окремо, ви підійдете, ми це вирішимо. Добре? Тому що зараз ми будемо заслуховувати якраз ту громадську ініціативу, волонтерську і благодійну, яка багато років чудово працює. Я особисто була свідком їхньої роботи з дуже важко постраждалими бійцями. Це "Творча Криївка". Мабуть, в більшості відома в волонтерському середовищі, вона знаходиться в Західній Україні. І у нас сьогодні в гостях Маслова Віталіна Юріївна. Прошу, будь ласка.

МАСЛОВА В.Ю. Добрий вечір, я пропоную, щоб трохи оживити свою увагу і відволіктись від розмов з сусідами, я пропоную нам подивитись невеликий ролик, але перед хочу сказати, що в нас сьогодні свято і я, на жаль, не з колегами його святкую. Може, на щастя, що я тут з вами.

Рівно 2 березня 2014 року ми почали надавати психологічну допомогу комплексно по методиці, яку я особисто розробила. Тут ще жодного разу не звучали авторські методики, я не знаю, чи є тут ще автори методик реабілітаційних, але я тут є, якщо що. Ми вже працюємо чотири роки. В нас сьогодні день народження (*оплески*), тому що 2 березня 2014 року ми прийняли на перший заїзд короткострокової реабілітації, яку можна з декомпресією порівняти, ми прийняли перших майданівців. І з того часу ми працюємо як волонтерська ініціатива. Так що всім, хто в державних закладах працює, хочу передати вітання з паралельної реальності, де існують волонтерські ініціативи, де люди безкоштовно на волонтерських засадах як психологи. Ще кризова психологічна служба вся не розійшлась, от наші колеги, ми з ними дуже тісно співпрацюємо.

Можу сказати, що Івано-Франківська область, як на мене, це те середовище, де ми маємо змогу продуктивно працювати і з органами державної влади, і з центрами соціальних служб, і таке інше, і таке інше.

І от я зрозуміла, де я бачила Вадима. Є така Катя Михайлова, так, Вадиме? Пане Вадиме, ви мене не чуєте? А, ви на те вухо не чуєте. Дивіться, є така Катя Михайлова, може, ви її знаєте, вона разом з вами їздила в Торонто. От насправді перша наша реабілітантка, чи реабілітант – неважливо, якої статі, вони у нас були на першому заїзді в Карпатах для учасників АТО, який ми проводили у жовтні 2018 року.

А тепер подивіться, як це все виглядає. Краще один раз побачити, ніж сто разів почути. А потім я, може, відповім на ваші питання.

*(Відбувається перегляд відео)*

МАСЛОВА В.Ю. Можна не фотографувати, тому що ролик є на "Ютубі". Ви заходите на "Ютуб" і набираєте в пошуку "Творча Криївка". Там дуже багато відеоматеріалів.

*(Оплески)*

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Можна ваш телефон?

МАСЛОВА В.Ю. Дивіться, телефон мій є на цьому листочку. Ви відкриваєте сторінку номер 45, і там, де телефони нашої організації, один телефон, перший, це мій, а другий телефон – це телефон нашого секретаря.

До речі, хто хоче набратися досвіду або поділитися своїм досвідом у роботі з психологічної реабілітації, ми проводимо з 28 по 31 березня теж силами волонтерських організацій і благодійних ініціатив за підтримки Інституту соціальної психології і Волонтерської ради при Міністерстві оборони науково-практичну конференцію, яка називається "Робота з травмами війни. Український досвід". Я хочу підкреслити: "Український досвід". Тому що я вважаю, що за ці 4 роки я, наприклад, розробила свою методику, я просто часу не маю її записати.

Але я запатентувала вже назву, це велика річ, щоб не вкрали, хоча б назву. Але за ці чотири роки я знаю людей, якими розроблені унікальні методики, або закордонні методики, адаптовані під наші українські умови, і тих людей, яким дійсно є чим поділитись, які реально працюють з реальними бійцями, а не, я перепрошую, з ліжко-місцями. Я запрошую до нас. І той другий телефон, який є на сторінці 45, це телефон нашого секретаря, можна заявки свої надавати, або ви заходите на "Фейсбук" у нас, це в нас найбільш такий ресурс активний, де нас можна побачити.

А те, що стосується цифр, фактів, наших досягнень, я просто розумію, що ви вже нічого не сприймете, якщо я вам буду розповідати, скільки ми провели заїздів і з якими категоріями населення ми працюємо.

Може, в когось є питання, тоді я відповім. Є питання? Ви в мікрофон скажіть, щоб люди чули ваше питання.

КОРЧИНСЬКА О.А. Будь ласка, зараз запитання.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Люди з інвалідними візками можуть до вас приїжджати на реабілітацію?

МАСЛОВА В.Ю. Дивіться, на відміну від всіх організацій, які тут представляли себе, ми бомжі. Тобто в нас за ці всі чотири роки існування, в нас немає власного приміщення. Ми працюємо як соціальний проект, домовляючись з власниками приватних садиб про те, що вони нас приймають у своїх невеличких садибах у Карпатах або на пільгових умовах, або є такі, що навіть і безкоштовно нас запрошували колись.

В нас група невелика, до нас приїжджає 10-12 бійців. Я кожного пам'ятаю, з ким я працювала. 487 осіб в нас було всього. Я пропустила через декрет шість заїздів і один заїзд пропустила після вбивства мого чоловіка.

Ми підбираємо і умови, і програми, знаючи, хто до нас приїде. От до нас "Ангел" не приїхав на двох протезах, а я вже підбрала таку садибу, де він міг би пересуватись. Ми придумали, наприклад, як він буде в гори підніматись без ніг. Розумієте, в нас абсолютно штучна робота. Це нас споріднює дуже з центром на Саксаганського, що в нас один психолог працює, наприклад, з групою максимум до шести осіб.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Який термін у вас?

МАСЛОВА В.Ю. У нас термін: в горах – це 10 днів, на морі – 8 днів і на Закарпатті – 7 днів. Причина дуже проста, тому що в нас немає грошей. Ми "побираємось", ходимо, до речі, хто хоче нас підтримати, на "Спільнокошт" заходите, набираєте "Творча Криївка".

Ви там казали про якісь мільйони. От ми зараз збираємо аж цілих 74 тисячі 333 гривні. Це така прихована реклама.

КОРЧИНСЬКА О.А. Віталіно, давайте так. 28 мільйонів країна вклала в нейроцентр. Нейроцентр – це один з найдорожчих видів реабілітації.

МАСЛОВА В.Ю. Ні, я не про це говорила, а про масштаби коштів.

КОРЧИНСЬКА О.А. Але в даному разі ми вас запросили, і я була у вас на Західній Україні і бачила діючих офіцерів, які повернулись і продовжують служити. Тому, без сумніву, ви заслуговуєте повністю на повагу і підтримку, само собою, це навіть ніхто не обговорює, але реабілітації бувають різні, вони всі потрібні. І те, що тільки держава повинна все ж таки дозволити собі високоспеціалізовану і високовартісну, це все, що стосується важких травм, тому що, якщо я вам розкажу, що той же "Ангел", як він нам обійшовся, нашому Ірпінському центру по протезуванню, то це, звичайно, індивідуальна робота з бійцем, дай Боже, щоб вам вдалось.

МАСЛОВА В.Ю. Ні, ну, ми говоримо зараз про... Ми не займаємося медичними аспектами. Ми говоримо зараз, там написано в листочку, це комплексна реабілітація за моєю авторською методикою, яка перекриває такі

напрямки, як психологічна соціальна і біографічна. Це все написано просто в тексті, кому буде цікаво, можете почитати. Ключове – це те, що ми конференцію проводимо, дуже вдячні Міністерству оборони, що нам дає можливість безкоштовно проводити конференцію у Будинку офіцерів, тому що для нас, я ж кажу, що у нас не співставні масштаби. На жаль, ми раніше проводили по 12 заїздів для бійців на рік, зараз стало їх менше, тому що ми просто не можемо на них зібрати грошей.

Ми співпрацюємо з Івано-Франківською міською радою, коли вони оплачують перебування на реабілітації своїх хлопців у нас, а ми проводили з соціальними службами спільні заходи, коли все рухається по принципу "ми забезпечуємо якісну програму, а ви шукаєте гроші". Насправді у мене є програма, яку я написала ще у 2014 році, як мою авторську методику можна застосовувати на базі госпіталю. Але це виявилось ні в 2014, ні в 2015 році нікому не цікаво, а в 2016 році я перестала шукати ці можливості. Ми зараз займаємося саме розвитком...

Що ви кажете?

*ІЗ ЗАЛУ. (не чути, без мікрофону)*

МАСЛОВА В.Ю. Ну, просто що ми вирішили, що от ми знайшли свою нішу, це короткострокові реабілітаційні заїзди. Ми не робимо різниці і в одну групу набираємо як діючих військовослужбовців, як добровольців, Збройні Сили, контрактники, тобто ми фактично паралельно проводимо, як і первинні реабілітаційні заходи, так само і декомпресійні заходи. До нас дуже часто приїжджають хлопці і дівчата, які просто знаходяться у відпустці, яким просто немає куди поїхати, які самі з окупованої території.

Я так розумію, що це у мене вже завершується мій виступ, так? Я би хотіла ще, пані Оксано, ви згадали хлопців і дівчат, які загинули в зоні АТО, я би хотіла, щоб на завершення мого виступу ми згадали тих людей, які воювали і нас всіх захищали, але яких було вбито на мирній території, як було вбито мого чоловіка влітку минулого року. Який, до речі, про вас, пані Оксано, дуже гарно відзивався, бо пам'ятав вас по госпіталю у Дніпрі. Я би хотіла, щоб ми хвилиною мовчання згадали тих воїнів, які вижили на війні, але повернувшись сюди у мирне суспільство, були вбиті, покінчили життя самогубством, не витримали важкої хвороби, тому що ці люди теж заслуговують на нашу повагу, і ми повинні бути вдячні. Будь ласка.

*(Хвилина мовчання)*

МАСЛОВА В.Ю. Дуже дякую вам за увагу, і шукайте нас на Фейсбуці, в Ютубі і в горах у Верховинському районі.

КОРЧИНСЬКА О.А. Віталіно, все ж таки, якщо вам не важко, ще раз озвучте ваш телефон для того, щоб ми записали.

МАСЛОВА В.Ю. Мій телефон записаний на сторінці 45 в цьому роздатковому матеріалі. Я можу сказати вголос.

Будь ласка, (096) 277 52 20.

Ми, до речі, створюємо свій реабілітаційний центр у горах. Це була мрія мого покійного чоловіка, це в селі Бережниця Криворівнянської сільради Верховинського району Івано-Франківської області. Так що, пані Оксано, запрошуємо вас і до нас теж у гості.

КОРЧИНСЬКА О.А. Обов'язково!

МАСЛОВА В.Ю. Приїжджайте.

КОРЧИНСЬКА О.А. Ми вже з Вадимом намітили.

МАСЛОВА В.Ю. У нас найближчий заїзд для бійців, якщо ми зберемо ці гроші, з 19 по 29 квітня.

КОРЧИНСЬКА О.А. Домовились.

МАСЛОВ В.Ю. Так що чекаємо у гості.

КОРЧИНСЬКА О.А. Тільки не тікайте, підійдіть до мене потім.

МАСЛОВА В.Ю. Добре. Добре.

КОРЧИНСЬКА О.А. Тепер скажіть, будь ласка, у нас ще два виступаючих. Це пан Штогрин Роман Леонідович і Одиниця Віктор Васильович, місто Славутич. Є вони? Є.

Будь ласка. Тоді спочатку Роман Леонідович. Директор Державного реабілітаційного центру "Центр комплексної реабілітації осіб з інвалідністю "Поділля".

Будь ласка.

ШТОГРИН Р.Л. Добрий вечір, шановні колеги. Довго не буду: втомились, вже вечір. Я хотів підтримати колег, які говорили про комплексність реабілітації. І друге – про довгостроковість реабілітації. Інколи протягом життя реабілітація. Що ми отримуємо в довгостроковому періоді? Ми отримуємо, ті, хто отримав інвалідність, соціальну ізоляцію, ми отримуємо стигматизацію і ми отримуємо бідність. На жаль, дуже велику бідність. Статистика каже дуже жахливу річ, що людей з першою групою

інвалідності в нашій державі 240 тисяч. Як ви думаєте, скільки працює з них? Всього-на-всього 17 тисяч з 240 тисяч, які мають першу групу інвалідності. Всі інші, як ви думаєте, де вони знаходяться? Тому що ми говорили про короткострокову тільки що модель, про ту, коли отримали психологічну підтримку декілька місяців, коли отримали фізичну реабілітацію. А що далі робити? А далі постає ще більший пласт проблем у цієї людини.

Тому наш Центр комплексної реабілітації не тільки через те, що ми надаємо комплекс послуг. Бо не можна, наприклад, надавати фізичну реабілітацію, вчити людину користуватися активно візочком, не проводячи психологічної роботи паралельно, не думаючи, а куди людина далі через той самий місяць, два, півроку, рік? Де вона дінеться?

Тому далі постає питання працевлаштування. У нас є декілька, ми почали надавати декілька нових послуг. В минулому році Міністерство соціальної політики з вересня зробило зовсім іншу модель реабілітації. На базі 4-х центрів професійної реабілітації утворюється модель комплексної реабілітації. І це дає нам можливість давати різні послуги. Одна з перших послуг, окрім здобуття професії, це соціальний супровід при працевлаштуванні та на робочому місці.

Хочу сказати, що якщо ми не візьмемо людину з інвалідністю за руку і не приведемо до роботодавця і не допоможемо роботодавцю адаптувати робоче місце, пояснити йому багато психологічних аспектів, як працювати з цією людиною, не буде ніякого працевлаштування.

Я хотів би далі по соціальному супроводу. Наступний слайд. Справа в тому, що роботодавець не чекає людину з інвалідністю в себе. Попри те, що є 4-відсоткова квота. І не через те, що він такий поганий, а одна з причин, що він не вмів працювати з людиною з інвалідністю. Простий приклад. Ми пілотували соціальний супровід, починаючи з вересня місяця минулого року. Обрали 15 людей з різними нозологіями: нечуючими, сліпими і на візочку. І ми, перше, переконували самих цих людей, що вони можуть працювати. Тобто ми пояснювали: "Ти можеш працювати, і ми все зробимо для того, щоб допомогти роботодавцю".

Друге. Ми все робили для того, щоб роботодавець отримав гарантію, що ми його не кинемо в процесі, що ми допоможемо зробити, налагодити атмосферу в колективі, що ми допоможемо спілкуватися. Роботодавець, на жаль, не готовий вкладати кошти...

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Пане Сергію, просто ви от зараз втрачаєте можливість почути, як в рамках державної установи, яка повинна надавати ті послуги, про які ви говорите (і, до речі, відповідне доручення було дано керівнику санаторію створити реабілітаційне відділення, бо в нього все для того є, всі можливості), зараз ви втрачаєте можливість почути, яким чином державна установа не просто працює, використовуючи бюджетні кошти,



освоюючи їх, а працює на результат, на те, щоб особи, пройшовши реабілітацію комплексну в центрі, були працевлаштовані.

ШТОГРИН Р.Л. Роботодавець не готовий вкладати кошти, коли він не буде бачити працівника, його можливості. Тобто ті самі нечуючі, які окрему мають психологію, з якими потрібно мати окрему технологію роботи. Те саме і незряча людина, яка, на жаль, отримала цю інвалідність. Тому без активної ролі держави фактично цей процес неможливий. І, на жаль, приклади одиничні. В основному, громадські організації, хто чи дочку, чи сина, чи якогось родича супроводжував на робочому місці.

Наступна наша послуга, яку фактично... Ми довго боролися з Міністерством освіти. Є навчання по стандартах освітніх, державних, а можна навчати по стандартах роботодавців. Це зовсім різні стандарти.

Наведу нам простий приклад. Касир, який навчається, касир торгового залу. Для того, щоб здобути цю професію в училищі, як ви думаєте, скільки треба вчитися? Ви всі знаєте, скільки в училищі навчаються. 2-3 роки. Для того, щоб отримати цю професію в центрі курсової підготовки Центру зайнятості, потрібно вчитися, в залежності від стандарту, 3-3,5 місяця, а по стандарту роботодавця – потрібно тиждень. Тиждень інтенсивного тренінгу і тиждень стажування на робочому місці. А роботодавець каже: "Не потрібно дипломів, мені не потрібно хто, що закінчив. Мені потрібні адекватність і результат людини, що вона буде нормальним працівником". Тому друге, що ми зробили, ми перейшли на навчання по стандартах роботодавців.

Є багато проблем якраз у співпраці з освітою, тому що освіта не розуміє - як. Є визначення певні, що мають бути стільки-то годин охорони праці, має бути стільки-то, а роботодавці цього... Будь-який роботодавець каже: "Ми не уявляємо, чому можна навчити" того самого касира за 3 роки. Що він має робити?"

Наступна послуга, яку ми почали давати, це ми її назвали "школа самостійного життя", тому що для частини людей, на жаль, ми безсилі по працевлаштуванню. Для частини людей хоча б елементарне самообслуговування: навчити їсти приготувати, навчити хліб порізати, навчити шнурки зав'язувати, навчити ходити в магазин – це класична соціальна реабілітація, де людина зможе себе обслуговувати.

І остання послуга, яку ми впроваджуємо, ми так назвали, це "школа успішної людини з інвалідністю". Для того, щоб людина і інвалідність, у нас була асоціація, ті, хто до нас приходять зі словом "успіх", що він можливий, цей успіх, що якщо ти став людиною з інвалідністю, не означає, що ти попадаєш в ізоляцію, певний штамп тобі зроблять, а що ти можеш досягати успіху. Тому ми застосовуємо "живі бібліотеки", коли навчають ті, хто мають інвалідність. І ми помітили, у нас небагато було учасників АТО на реабілітації, що хлопці сприймають психологів тільки тих, хто мають той досвід. Ті, хто, як вони кажуть: "Ви ж пороху не нюхали, що ж ви нам можете

психологічну реабілітацію проводити?" І ми помітили, що не готові хлопці йти на пряму психологічну реабілітацію, вона вся має бути дуже м'яка, вона має бути комплексна, ненав'язлива, людина навіть не має відчувати, що вона отримує психологічну реабілітацію. Вона має отримувати якусь базову послугу, яка має кінцевий результат.

І останнє. Такою "червоною ниткою" по "круглому столі" пройшло про те, що ми мислимо категоріями установ, на жаль. Тут в даному випадку потрібно мислити тільки категоріями послуги, стандарту послуги і якості послуги, і незалежно, в якому міністерстві ця послуга надається. Якщо є державний стандарт визначений, якщо визначена якість цієї послуги, тоді потрібно дотримуватися.

І останнє, що хотів сказати. Якщо і потрібно створювати державний орган, мені здається, тільки в частині акредитації. Коли створена міжвідомча комісія, яка акредитується в реабілітаційні центри для того, щоб ми чітко знали, що в тому реабілітаційному центрі отримується якісна послуга по такому стандарту, тому що виходить, що Міністерство оборони – вони свої придумали стандарти психологічної реабілітації. Міністерство соціальної політики – у нас свій досвід є. Міністерство охорони здоров'я – в них теж свій досвід. Тому в даному випадку має бути чітка державна політика по стандартах послуги, по якості послуги, і мислити категорією послуги, а не установи.

Дякую.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дуже вдячна. І ваші координати, будь ласка.

ШТОГРИН Р.Л. Місто Вінниця. Роман Штогрин. 096 437-28-97.

КОРЧИНСЬКА О.А. Ще раз, це той блок, який важливий. Це соціалізація наших ветеранів АТО і безпосередньо тих, хто отримали і стали особами з інвалідністю. Ще раз просять ваш телефон.

ШТОГРИН Р.Л. 096 437-28-97.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дякую.

Вікторе Васильовичу, дуже вдячна за терпіння, ви останній у нас доповідач. Для нас важлива все ж таки така крапка в кінці. Це про модель надання соціально-психологічної допомоги ветеранам війни на рівні громади.

Віктор Васильович Одиниця – керівник Соціально-психологічного центру міста Славутич.

ОДИНИЦЯ В.В. Щиро дякую всім, хто присутній тут. Ми змогли з вами дійти до останнього доповідача, будемо завершувати. Я спробую підвести підсумки нашої розмови. Я буду говорити конкретні речі, я вам

буду пропонувати співпрацю, реальну співпрацю, те, що ми робимо. Якщо вам буде цікаво, ми можемо далі разом співпрацювати.

Я думаю, перше, що це унікальна річ, яку ми сьогодні здобули – ми почули один одного. Я думаю, що сьогодні це робота законодавців, науковців об'єднати все, взяти і зробити з цього одну реальну річ – комплексний підхід, щоб та людина відчувала себе комфортно в своєму середовищі.

Тому що були трішки акценти, ми їх змінили, ми хотіли про своє справи поговорити, що ми робимо, як ми робимо, але все одно ми прийшли до того, що там є, там є, там є, а ви, будь ласка, зберіть, щоб все було добре.

Представляю Соціально-психологічний центр міста Славутич. Всього п'ять таких центрів в Україні, підпорядковані Державній службі України у справах ветеранів війни і учасників АТО. Трьом центрам вже 25 років, двом центрам 17 років. Чому вони такі старі? Тому що 25 років тому були створені для ліквідації психологічних наслідків аварії на Чорнобильській станції з ліквідаторами, з переселенцями, і створювала ці центри ООН разом з таким Мінчорнобилем. Сьогодні вони живуть, в 2014 році передали їх до державної служби, і правильно зробили. Я скажу - чому. Наступний слайд.

Подивіться, щоб не було питань, бо багато дзвінків. Не стаціонар, тому що є дзвінки. Є ліжка - є лікарі. Немає лікарів, немає обладнання - немає ліжок. Общинний центр. Ветерани, дружини, переселенці - всі, хто потребує допомоги.

Наступний слайд. Чому правильно передали? Тому що симптоматика, проблематика ліквідатора дуже схожа з проблематикою ветерана. Не буду читати, подивіться, будь ласка, презентацію можна буде взяти. І орієнтація на вирішення матеріальних проблем, таке є: дайте землю, поки дають, дайте житло, поки дають, обіцяла держава - дайте, а потім буде психологія. І зловживання алкоголем, і зміна життєвих цінностей – дуже схожа проблематика. Мали досвід, правильно зробили, правильний управлінський крок, державний.

Наступний слайд. Не буду повторюватися, Інститут Кундієва. Будь ласка, всі чотири кола. Ветеран, перше, родина - обов'язково, це референтна група, родина і друзі. Не будемо працювати з ними, все, можна ставити крапку. Не будемо працювати з громадою... Що таке громада? Я працюю в містечку, в якому є 25 тисяч мешканців. Не буде працювати з центром зайнятості, і соціальною службою, і з органами самоврядування - крапка на його соціалізації і адаптації. І суспільство. Це наші центральні органи влади. Про що іде мова, коли ми говоримо про суспільство?

Ми говоримо про те, щоб не було афганського синдрому: я тебе туди не посилав. Щоб ми через 2-3 роки не сказали цим бійцям: а ми вас туди не посилали, хлопці, як відбувається в транспорті міському. І це вже говорять. І від цього буде залежати його адаптація і соціалізація у цьому середовищі. Будь ласка, наступний слайд.

Перша пропозиція для співпраці. У нас група саме допомоги жінок – учасників АТО. Хлопці знають: сьогодні є розлучення, сьогодні є насильство в сім'ї, сьогодні є зловживання алкоголем в сім'ї. У нас збираються дружини і мами учасників АТО. Вони спілкуються, вони обговорюють кращі практики своєї поведінки.

Бородянський центр - працює Всеукраїнська школа самопомоги. Зверніться, будь ласка, читайте, коли буде навчання, навчайтеся. Готові організувати скайп-конференції. І наша група дівчат, дружин, і ваша з будь-якого міста. Хай спілкуються, хай обговорюють, хай знаходять шляхи, як прийняти його, як з ним спілкуватися і як його втягнути в цивільне життя. Наступний слайд, будь ласка.

Послуги, які ми маємо. Було три і ввели ще дві. Подивіться, будь ласка, працювали з ліквідаторами – соціальні, інформаційні, психологічні, і з учасниками АТО вводимо ще дві – правові і фізкультурно-оздоровчі, беремо відповідних спеціалістів. І подивіться, психологічні, вони останні по рейтингу. Це не просто. Наступний слайд.

Це те, що ви говорили сьогодні. Я сьогодні від трьох виступаючих почув такі слова: вони не готові сприймати людину, якщо вона не була там. А я вам скажу більше: вони просто не готові сприймати психолога. Якщо ми всі зараз з вами вийдемо на вулицю і запитаємо у пересічного українця, хто такий психолог, хто такий психіатр і хто такий психотерапевт, багато нам дадуть різницю? Багато нам розкажуть, хто це такі люди?

А ви, будь ласка, візьміть учасника АТО, ветерана і ще зі словами "реабілітація психологічна", і ти повинен сюди прийти, він каже мені: "А я не хворий, подивіться. У мене немає проблем." А він мені каже: "Дай мені землю, житло, а потім я до тебе прийду." Тобто перше, що треба робити, те, що ми робили, профілактику, розповідати, що таке психолог. Я кажу так: профілактика, лікування, клініка. Приїде психолог, щоб ти потім не йшов у клініку, не йшов у лікарню, ми можемо просто поговорити з тобою. І наші центри називаються, подивіться, "центри реабілітації". А я пропоную, якщо цей напрямок цікавий, назвати "центри допомоги", щоб не різало вухо. І на цій першій ланці, коли він повернувся у родину, у містечко, щоб це була допомога психологічна, соціальна, правова, щоб не відлякати його відразу словом "реабілітація". Наступний слайд, будь ласка.

Правова. Працюємо з правовою допомогою. Дуже гарний напрямок, користуються. Вони готові. Пропоную співпрацю наступну. Наступний слайд, будь ласка. Записуйте номери телефонів, психологічна і правова допомога. Так, працюємо в робочі дні, тому що державна установа, але завжди готові до вашої уваги. З будь-яких питань кваліфікований юрист, кваліфіковані психологи - відповідаємо на всі питання. З усіх регіонів. Наступний слайд.

"Вісник правової і психологічної допомоги". Електронну версію "Вісника", хто бажає, будь ласка, надсилаємо електронну версію "Вісника".

Роздрукуйте собі. Виходить два рази на місяць. З одного боку, правова інформація (зміни до законодавства, пільги і так далі). Багато хто з хлопців з сільської місцевості не знають, чи вони мають пільги, повірте мені. Не знають кількість тих пільг. Сьогодні ми через наші ці органи, які є в службі, в кожний орган надсилаємо, в січні почали, цей "Вісник", вони роздруковують. Будь ласка, електронна версія, дуже просто. Роздрукували, повісили. Хтось може почитати. Хто зацікавиться, будь ласка, свої адреси надаєте - розсилаємо вам такий "Вісник".

Наступний слайд. Центр в Іванкові. Представники тут. Газета "Голос довіри". Будь ласка, отримуйте, хто має бажання. Наступний слайд.

Кожен має сторіночку, має сайт і має Фейсбук. "Соціально-психологічний центр" набираєте – дивитесь, чим ми займаємося. Можна зараз, поки сидите, набирайте і дивіться, що ми робимо, як ми робимо, з ким ми робимо. І можна співпрацювати разом. Наступний слайд.

Ніби, здавалося б, проста річ – "круглий стіл", проста річ – "круглий стіл", те, що ми сьогодні робимо. З одного боку - мер, з другого – учасник АТО. Це не проста річ. Це надзвичайно важлива річ на маленьких територіях. І на великих територіях. Вони не знають, куди прийти, таке буває. Якщо вони знають, куди прийти, вони не знають, що спитати. А знають, що спитати, багато з них не знають, як спитати.

Ми акумулюємо ці питання і запрошуємо. Центр виступає модератором, виступає модератором цієї ефективної розмови. З одного боку хлопці сідають, перелік питань – і кажемо владі: "Ти, владо, не сама приходи, бери з собою Центр зайнятості, бери з собою роботодавця, бери з собою Пенсійний – і спілкуйтеся". На таких заходах ми відразу пишемо протокол, відразу управлінське рішення. Швидше, так? Добре, завершую. Далі. Завершую. Проводимо тренінги.

Пропозиція: у кого є бажання, проводимо скайп-тренінги. Садить бійців – готові проводити скайп-тренінги. Наступний слайд. Працюємо з бійцями, які завтра на передову йдуть, які завтра ідуть, це військові діючих військових частин. Він завтра йде, і перша поведінка в бою: ступор, шок - що робити?

Наступний слайд. Завершую. Мобільні групи. Виїжджаємо в сільські населені пункти. Виїжджаємо – правова, психологічна, юридична. Наступний слайд. Маємо у своїх приміщеннях таке обладнання, маємо договори з іншими, безкоштовно мають можливість займатися фізкультурно-оздоровчими послугами. Наступний слайд.

А це ті речі, немає відео, ті речі, які ми робимо просто, щоб хлопці соціалізувалися. Виховання патріотичне? Будь ласка.

Наступний слайд. Спорт – будь ласка. Футбольний турнір. 1 квітня наступний турнір. Бажаючи, звертайтеся. Два рази на рік проводимо футбольні турніри.

Наступний слайд. Говорили про собако-терапію. Хотів написати – "іпотерапія", думаю, ніхто не зрозуміє, написав: "Катання на конях". Але

скажу: іпотерапія, тому що в Славутичі є своя кінна база. Іпотерапія. Екстремальні вихідні. І є в них бажання трішки виплеснути цей адреналін.

Наступний слайд. Рибальство. Записуйтеся – організуємо. Дніпро, Любеч. Старики, приїжджайте, рибалимо, організуємо конкурси. Театр? Будь ласка, їдемо в театр. Наступний слайд.

Вихідні з родиною, екскурсія на Чорнобильську станцію. Люди платять великі гроші, по 300 євро, щоб потрапити на Чорнобильську станцію. Місто Славутич – місто-супутник Чорнобильської АЕС. Збудована найбільша в світі споруда, в яку входить Статуя Свободи, чотири футбольні поля, Арка. Ми безкоштовно возимо учасників АТО, де люди платять шалені гроші туди. Будь ласка, є бажання – зв'яжіться, повеземо вас на екскурсію на Чорнобильську АЕС.

Наступний слайд. Волонтерська діяльність. Наступний слайд. Оце подивіться, це Віталіна – це її проект, де вони робили із Бояркою, "Портрет побратима". Її ідея, наша ідея – арт-терапія. Я сам почав малювати. Два роки я малюю. Я художник. Я ніколи не брав в руки пензлика, коли ви зайдете до мене на сторінку, я продаю картини, я пишу картини, продаю їх і гроші даю на бензин, бо наші волонтери їздять на передову.

Моє прізвище Одиниця, і там у Фейсбуці я є – долучайтесь і подивіться, чим ми займаємося. Оце я розмальовував.

Наступний слайд.

Родинні свята.

Наступний слайд.

Це я хочу цим завершити, 2 слайди залишилося. Оцим малюнком завершити, це малюнок, який малювали студенти - випускники вузу соціального спрямування, соціальні працівники. І вони тут намалювали стан того військовослужбовця, хлопця ветерана війни. Подивіться, скільки у нього питань отут у голові. Подивіться, куди йому йти? Чи в бар, чи йти в сім'ю, чи йти йому в лікарню? А тут ще громадський транспорт, який не дає йому життя, де його "штулять". Чи ті соціальні установи. Він не знає, що робити. Тому ми повинні з вами допомогти йому. *(не чути, без мікрофону)*

І останній слайд.

Він дуже філософський. Я хочу, щоб ми з вами не перегнули палицю, знаєте, в чому? Щоб ми не виховали патерналістські настрої і відношення. Він боєць, він учасник АТО, і коли ми будемо бігати за ним...

*(не чути, без мікрофону)*

І вони кажуть: "Не робіть з нас жертв! Не виділяйте в окрему групу". Психологи кажуть: безглуздо наздоганяти ветерана, щоб заподіяти йому добро. Це безглуздо. Він повинен залишатись мужиком, ветераном. Тому ці послуги повинні бути адекватні.

Наша система, де ми працюємо в центрах, є, з одного боку, надавання послуг, це ми - один суб'єкт. І інший суб'єкт – ветеран. У нас один плюс, що

вони користуються нашими послугами без зовнішнього тиску, він сам іде сюди. Це оптимальна модель, яка є на базі державної служби.

Дякую.

*(Оплески)*

КОРЧИНСЬКА О.А. Дякую.

Поки ми сиділи і слухали, ми з паном Вадимом і пані Наталією подумали: кожному місту по Одиниці!

*(Оплески)*

КОРЧИНСЬКА О.А. Я надіюся, що сьогодні у нас з вами був корисний "круглий стіл". Я надіюся, що нам вдалося вас скоординувати, познайомити, обмінятися координатами, і ви тепер знаєте один одного і знаєте, куди відправити ветерана АТО, щоб він потрапив у потрібні для нього руки.

І для того, щоб завершити по законодавчих ініціативах, які вам треба знати, в першому читанні у нас прийнятий закон, який дозволить особам, які отримали інвалідність при захисті Батьківщини, підписувати контракт. Це перше читання, яке ми пройшли. Міністерство оборони повинно підготувати нам список всіх посад, що стосуються для осіб з інвалідністю, які вони пропонують. Після другого читання вони мають право, інваліди I, II, III груп, підписувати контракт. Після другого читання. Після того, як Міністерство оборони озвучить той перелік посад, який вони надають. Це перше.

І друге. Що у нас з вами важливе те, що ми сказали, що ми пройшли в першому читанні, що ветерани АТО при отриманні проходження МСЕК будуть отримувати "групу плюс 1", тому що жоден ветеран фактично не має просто травми або поранення без політравми, і тому це дуже важко проходити при сьогоднішній системі МСЕК, тому в цьому плані законодавці теж взяли ініціативу в свої руки і в першому читанні ми пройшли цей етап.

І наступне. Те, що зараз радує. У мене особисто пішло 3 роки життя на те, щоб довести все ж таки на законодавчому полі, узаконити, що у нас ті військовослужбовці, які отримали статус інваліда, стали особами з інвалідністю при захисті Батьківщини, це не тільки в результаті травми, поранення і каліцтва, але в тому числі захворювання. Цей закон підписаний Президентом. Ми цю частину включили в Закон "Про деокупацію". Від минулого тижня наші військовослужбовці, які стали особами з інвалідністю або загинули від захворювань, які отримали при захисті Батьківщини, так само мають повністю гарантований соціальний пакет від держави.

Я дуже вдячна всім учасникам "круглого столу". Все це ми робимо тільки заради того, щоб нашим військовослужбовцям було зручно захищати нашу Батьківщину, поки ми з вами у великій Україні, і ми повинні цінити те, що вони для нас роблять. І цю систему реабілітації ми повинні створити.

Сьогоднішній "круглий стіл" був черговою цеглинкою в створенні системи реабілітації міжвідомчої. Я дуже рада, що ми вас один з одним познайомили, я дуже рада, що сьогодні є рукостискання, і що в даному разі, коли ви зараз будете йти, ви обміняєтеся ще раз координатами. Нас сьогодні порадувало в тому числі і Міністерство соціальної політики – дуже вдячна. Я побачила надзвичайно позитивних керівників, тому що все починається з керівника. Вся ініціатива, вся кадрова політика починається з керівника, із бажання щось робити в нашій країні.

Слава Україні!

ІЗ ЗАЛУ. Героям слава!

КОРЧИНСЬКА О.А. Дякую.

*(Загальна дискусія)*

КОРЧИНСЬКА О.А. Будь ласка, до мікрофону.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. ... не було статистики. Ракові хворі, онкохворі, це раз. І добровольці, які командири. Я займаюся 5 років, 4,5 року, теж була поранена, пройшла, і мені дуже боляче. Ви розумієте, що ніхто на "круглому столі" не сказав, що робити з хлопцями. Це туберкульоз, це ракові хворі. Наприклад, я була поранена 18-го числа. Тепер я онкохвора, пройшла хіміотерапію, 6 місяців проходжу.

КОРЧИНСЬКА О.А. Значить, програму підтримує Центральний військовий госпіталь. Ви про військовослужбовців чи добровольців?

По військовослужбовцях підійдіть, будь ласка, до Писанка Віктора Вікторовича. Програма по гепатитах існує. Вона єдина оплачується благодійниками ...