



# МОДЕЛЬ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я





**Міжнародна неурядова гуманітарна  
організація IsraAID  
Проект «Психолог. Лікар. Пацієнт»**

**МОДЕЛЬ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ  
ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В  
ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**Київ, 2025**

Модель організації надання психологічної допомоги в закладах охорони здоров'я. — Київ, 2025. — 186 с.

Цей посібник пропонує рекомендовану Модель організації психологічної допомоги на всіх рівнях медичної допомоги — первинному, вторинному та третинному. Модель слугує практичною рамкою, яку кожен заклад може адаптувати до власних ресурсів, специфіки та потреб пацієнтів. Посібник може бути використаний як довідковий матеріал, основа для розробки внутрішніх протоколів, а також інструмент самооцінки й стратегічного планування.

Зважаючи на постійні зміни у сфері охорони психічного здоров'я, користувачам рекомендується регулярно переглядати актуальність підходів та нормативних вимог.

**Авторський колектив:**

*розроблення змісту, концепції та логіки моделі*

- **Юлія Бреус**, менеджерка програми психосоціальної підтримки IsraAID — співавторка, розробниця змісту, забезпечення узгодження матеріалів та цілісності моделі, кандидат психологічних наук
- **Ірина Курінна**, експертка ГО “Медичні лідери” — співавторка та ключова експертка розробки моделі
- **Наталія Журавель**, заступник директора Медичного науково-практичного об'єднання “МЕДБУД” ПАТ “Холдингова компанія “Київміськбуд” — співавторка та експертка з організації психологічної допомоги, кандидат медичних наук

за участі:

- **Богдан Божук**, в.о. генерального директора ДУ “ІМП імені Ю.І.Кундієва НАМН України”, президент ВГО “Українська асоціація лікарів-психологів”, кандидат медичних наук, доцент
- **Людмила Шостак**, доцент кафедри криміналістики Національної академії внутрішніх справ, кандидат наук з державного управління

**Проектна команда:**

(проект «Психолог. Лікар. Пацієнт» — IsraAID)

*координація процесу розроблення, організаційний супровід, експертна підтримка*

- **Марія Надененко**, керівниця програмної діяльності
- **Юлія Бреус**, менеджерка програми психосоціальної підтримки
- **Андрій Нагорний**, консультант з управління стратегічними партнерствами

**Літературна редакція:** Ольга Литвин

**Верстка та дизайн:** Світлана Бондаренко

**Контакти для зворотного зв'язку:**

info-ukraine@israaid.org

Усі права, зокрема право на тиражування та розповсюдження, а також переклад, захищені.

**Не для продажу.**

# ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>08</b>
<b>РОЗДІЛ 1. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....</b>	<b>10</b>
1.1. Піраміда психосоціальних інтервенцій: рівні допомоги в системі охорони здоров'я.....	10
1.2. Міжнародні підходи до формування психологічних служб у системах охорони здоров'я.....	18
1.3. Мета і завдання психологічної допомоги в медичних закладах.....	19
1.4. Очікувані результати від упровадження психологічної допомоги.....	22
<b>РОЗДІЛ 2. НОРМАТИВНА БАЗА ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....</b>	<b>25</b>
2.1. Загальні засади функціонування системи охорони психічного здоров'я в Україні.....	25
2.2. Організація надання психосоціальної допомоги населенню.....	32
2.3. Кваліфікаційні характеристики фахівців у сфері психічного здоров'я.....	39
2.4. Типове положення про психологічну службу в ЗОЗ.....	43
2.5. Узгодження стандартів надання послуг із питань ПЗПСП з міжнародними стандартами: WHO mhGAP, SPHERE, IASC.....	46
<b>РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЕКОСИСТЕМІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....</b>	<b>52</b>
3.1. Функціональна схема організації психологічної служби в ЗОЗ.....	52
3.2. Мінімальні стандарти якості послуг.....	59
3.3. Кадрова політика забезпечення психологічної допомоги в ЗОЗ.....	63
3.4. Взаємодія фахівця в закладі охорони здоров'я з адміністративним персоналом закладу.....	72
3.5. Співпраця психолога з медичним персоналом: інтеграція в мультидисциплінарну команду....	78
3.6. Внутрішня та зовнішня маршрутизація.....	84
3.7. Кейс-менеджмент і персоналізований підхід у наданні психологічної та психосоціальної допомоги.....	90
3.8. Звітність і ведення службової документації фахівцем із психічного здоров'я.....	96
3.9. Особливості забезпечення конфіденційності інформації у сфері психічного здоров'я.....	103

# ЗМІСТ

## РОЗДІЛ 4. ФІНАНСУВАННЯ ТА РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....117

- 4.1. Планування кадрових потреб для надання послуг психологічної допомоги в закладах охорони здоров'я.....117
- 4.2. Оцінка вартості психологічних і психосоціальних послуг.....125
- 4.3. Мінімальні вимоги до матеріально-технічної бази.....130
- 4.4. Модель включення послуг із питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Програму медичних гарантій.....134
- 4.5. Джерела фінансування для організації надання послуг із питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки.....144

## РОЗДІЛ 5. АЛГОРИТМ УПРОВАДЖЕННЯ МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....150

- 5.1. Дорожня карта впровадження моделі організації надання психологічної допомоги в закладах охорони здоров'я.....150
- 5.2. Чеклісти готовності до впровадження.....154
- 5.3. Ролі та відповідальність персоналу.....162

## ДОДАТКИ.....164

- Перелік психосоціальних послуг із надання психосоціальної допомоги, затверджений наказом МОЗ «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню» від 13.12.23 № 2118.....165
- Короткий перелік основних заходів і можливих індикаторів для моніторингу їх виконання відповідно до Керівництва з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації (IASC).....165
- Положення про психологічну службу в ЗОЗ.....172
- Рекомендовані форми первинної документації та звітності психолога.....176

## Перелік скорочень

<b>БПР</b>	безперервний професійний розвиток
<b>ВІЛ</b>	вірус імунодефіциту людини
<b>ВООЗ</b>	Всесвітня організація охорони здоров'я
<b>ЕСОЗ</b>	електронна система охорони здоров'я
<b>ГО</b>	громадська організація
<b>ЗОЗ</b>	заклад охорони здоров'я
<b>ЗУ</b>	Закон України
<b>ККУ</b>	Кримінальний кодекс України
<b>КМУ</b>	Кабінет Міністрів України
<b>КПТ</b>	когнітивно-поведінкова терапія
<b>МДК</b>	мультидисциплінарна команда
<b>МІС</b>	медична інформаційна система
<b>МОЗ</b>	Міністерство охорони здоров'я України
<b>НПА</b>	нормативно-правовий акт
<b>НСЗУ</b>	Національна служба охорони здоров'я України
<b>ООН</b>	Організація Об'єднаних Націй
<b>ОПЗ</b>	охорона психічного здоров'я
<b>ПД</b>	персональні дані
<b>ПЗ</b>	психічне здоров'я
<b>ПЗПСП (MHPSS)</b>	психічне здоров'я та психосоціальна підтримка (Mental Health and Psychosocial Support)
<b>ПМГ</b>	Програма медичних гарантій
<b>ПМД</b>	первинна медична допомога
<b>ПНР</b>	психічні і неврологічні розлади
<b>ППД</b>	перша психологічна допомога
<b>ПСД</b>	психосоціальна допомога
<b>ПСП</b>	психосоціальні послуги
<b>ПТСР</b>	посттравматичний стресовий розлад
<b>СОП</b>	стандартна операційна процедура (Standard Operating Procedure)
<b>ЦМЗ</b>	Центр ментального (психічного) здоров'я
<b>ССМ</b>	Collaborative Care Model
<b>FTE</b>	Full-Time Equivalent (повна ставка)
<b>mhGAP</b>	Mental Health Gap Action Programme
<b>NHS</b>	National Health Service, або Національна система охорони здоров'я у Великій Британії
<b>SCM</b>	Stepped Care Model
<b>VA</b>	Veterans Affairs, або Служба по роботі з ветеранами в США

# ВСТУП

Повномасштабна війна, тривалий стрес, втрата близьких, житла, роботи і звичного середовища радикально впливають на психічне здоров'я людей в Україні. Для багатьох першим і часто єдиним контактом із системою підтримки стає заклад охорони здоров'я — амбулаторія, лікарня інтенсивного лікування, спеціалізований або високоспеціалізований заклад. Саме тут люди звертаються по допомогу в стані фізичного та емоційного виснаження, шоку, втрати контролю над власним життям.

У таких умовах психологічна допомога в закладах охорони здоров'я перестає бути «додатковою опцією» і стає невід'ємною частиною якісної медичної допомоги. Вона доповнює клінічне лікування, зменшує рівень дистресу, підтримує пацієнтів і їхні родини, а також допомагає медичному персоналу працювати в умовах високого навантаження й невизначеності. Водночас більшість закладів стикаються з однаковими питаннями: **як саме організувати таку послугу, які ресурси потрібні, які мінімальні стандарти варто забезпечити і як інтегрувати психологів у повсякденну роботу відділень.**

Цей посібник пропонує **модель організації надання психологічної допомоги** в закладах первинної, вторинної та третинної медичної допомоги. Модель описує, якими можуть бути психологічна служба та кабінет клінічного психолога в структурі закладу, які завдання вона виконує, як відбуваються маршрутизація пацієнтів і взаємодія з лікарями й іншими фахівцями, як забезпечуються якість, конфіденційність і сталість послуги.

Модель організації надання психологічної допомоги розроблена в межах проєкту «Психолог. Лікар. Пацієнт», спрямованого на інтеграцію психосоціальної підтримки в систему охорони здоров'я. Проєкт посилює взаємодію між клінічними психологами та лікарями, підтримує пацієнтів і їхні родини в процесі лікування, а також сприяє формуванню сталої практики співпраці «психолог — лікар — пацієнт» у закладах різних рівнів. Запропонована модель узагальнює напрацьований у межах проєкту практичний досвід пілотних закладів і пропонує структурований підхід, який може бути адаптований до умов інших закладів охорони здоров'я.

Посібник орієнтований насамперед на:

- керівництво закладів охорони здоров'я (директорів, медичних директорів, завідувачів відділень / амбулаторій);
- клінічних психологів та інших членів мультидисциплінарних команд, залучених до надання психологічної та психосоціальної допомоги;
- фахівців структурних підрозділів з охорони здоров'я обласних адміністрацій та органів місцевого самоврядування, які планують і розвивають мережу послуг у сфері психічного здоров'я.

У документі використовується термінологія, узгоджена з чинним законодавством України у сфері психічного здоров'я. З огляду на те, що законодавство передбачає кілька кваліфікаційних категорій фахівців, які можуть надавати психологічну чи психосоціальну допомогу в закладах охорони здоров'я (лікар-психолог, лікар-психотерапевт, психотерапевт, клінічний психолог), для стислості та читабельності посібника застосовуються узагальнені терміни «**психолог**» та «**фахівець з психічного здоров'я**». У межах цього документа обидва терміни використовуються як взаємозамінні, якщо інше не уточнюється окремо у відповідних розділах.

Структура посібника зумовлена зручністю користування ним як **практичним інструментом**.

- Перший розділ окреслює цілі, принципи та місце психологічної допомоги в загальній системі медичної та психосоціальної підтримки, зокрема й через піраміду інтервенцій.
- Другий розділ узагальнює **нормативно-правову базу**, у якій працює заклад, і показує, які вимоги висуваються до послуги та до фахівців.
- Третій розділ описує **організацію психологічної допомоги в екосистемі 303**: функціональну схему служби, ролі клінічного психолога, маршрути пацієнтів, взаємодію з адміністрацією та клінічними підрозділами, документацію та конфіденційність.
- Четвертий розділ присвячений **кадровим і фінансовим аспектам**: плануванню ставок, оцінці вартості послуги, мінімальним вимогам до матеріально-технічної бази та можливим джерелам фінансування.
- П'ятий розділ пропонує **алгоритм упровадження**, дорожню карту та чеклисти готовності, які дають можливість поетапно запускати й розвивати послугу в конкретному закладі.

Модель спирається на міжнародні підходи до організації послуг із психічного здоров'я, рекомендації ВООЗ і міжвідомчі стандарти МНПСС, а також на українське законодавство та практичний досвід роботи закладів охорони здоров'я в умовах війни. Вона не замінює чинні нормативно-правові акти, а **пропонує єдину узгоджену рамку**, яка допомагає керівництву та фахівцям ухвалювати послідовні управлінські рішення, планувати ресурси й розвивати систему психологічної допомоги всередині закладу.

Посібник може використовуватись як довідковий документ, як основа для розробки внутрішніх положень, протоколів і стандартних операційних процедур, а також як інструмент самооцінки та планування розвитку служби на рівні окремого закладу або мережі закладів у громаді.

Запропонована модель розглядається як **рекомендований підхід** і практична рамка для організації послуги та не претендує на статус єдиного можливого стандарту; кожен заклад може адаптувати її до власного профілю, ресурсів і потреб пацієнтів. З урахуванням того, що система охорони психічного здоров'я в Україні перебуває у фазі активного розвитку, нормативно-правова база та галузеві вимоги можуть змінюватись, тому користувачам посібника доцільно регулярно відстежувати оновлення й за потреби актуалізувати внутрішні документи та підходи, викладені в цьому документі.



**«Психолог. Лікар. Пацієнт»**

# РОЗДІЛ 1. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ

## НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В

## ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

### 1.1. Піраміда психосоціальних інтервенцій: рівні допомоги в системі охорони здоров'я

#### Чому психологічна допомога стала необхідною складовою медичної системи?

Потреба психологічної допомоги в медичних закладах сьогодні є очевидною — її важливість визнають і пацієнти, і медичні працівники. Водночас усе частіше звучить запитання: **як саме має бути організована ця послуга** — які підходи застосовувати, як визначати ролі фахівців, як інтегрувати допомогу в роботу лікарні?

Історично психологічна допомога в медичних закладах України тривалий час розглядалась як допоміжний напрям, пов'язаний переважно із психіатричною практикою. Однак поступово, під впливом світових тенденцій і реформ системи охорони здоров'я, роль психолога розширилась. Після пандемії COVID-19 і початку повномасштабної війни психологічна підтримка набула статусу необхідного елементу комплексного лікування. Відтак постала потреба не просто «додати» психолога до медичної команди, а інтегрувати психологічну допомогу як структуровану складову клінічної практики.

Психологічна допомога в системі охорони здоров'я має бути чітко структурованою послугою, що відповідає потребам різних груп: пацієнтів, родичів, персоналу. Її організація має ґрунтуватись на сучасних підходах, адаптованих до українського контексту, і відповідати принципам, викладеним у таких документах, як **IASC Guidelines on MHPSS in Emergency Settings, WHO Mental Health Action Plan та оновлені рекомендації ВООЗ щодо інтеграції MHPSS у систему охорони здоров'я**.

**Предметом цієї моделі є саме організація послуги психологічної допомоги в лікарні**, тобто визначення її завдань, рівнів втручання, розподілу ролей і взаємодії з іншими фахівцями. Водночас ця послуга не існує ізольовано: вона інтегрується в ширший підхід, який розглядає лікарню як простір **психосоціальної підтримки**. Це означає, що відповідальність за психологічне благополуччя пацієнта не належить виключно психологу — вона розділяється між різними рівнями персоналу, середовищем лікарні, організаційною культурою та доступними ресурсами.

Таким чином, модель допомагає сформулювати **послідовну та командну відповідь на психологічні й соціальні потреби пацієнтів**, де психологічна допомога — важливий, але не єдиний складник загальної системи підтримки.

#### Чому постала потреба в структурованій моделі психосоціальної допомоги в системі охорони здоров'я України?

Україна переживає глибоку багаторівневу кризу, викликану війною, внутрішнім переміщенням населення, масовими втратами і тривалим стресовим навантаженням. Медичні заклади фактично стали першою лінією контакту з людьми, які перебувають у стані кризи, горя або посттравматичних розладів.

У цих умовах традиційні, фрагментарні або реактивні підходи до надання допомоги виявляються недостатніми. Відсутність системності призводить до дублювання функцій між службами, перевантаження психологів, нерівномірного розподілу навантаження та недостатньої координації між адміністрацією, медичним і соціальним персоналом. Часто допомога може надаватись лише у відповідь на вже розвинену кризу, а не превентивно.

Тому існує потреба у створенні цілісної, структурованої моделі надання психологічної та психосоціальної підтримки, яка б передбачала:

- систематичне виявлення потреб пацієнтів;
- створення чітких маршрутів допомоги;
- залучення різних рівнів фахівців;
- забезпечення безперервності підтримки.

У відповідь на ці виклики в українську практику вже адаптовано міжнародну модель **піраміди психосоціальних інтервенцій**, що уможливорює ефективний розподіл ресурсів, координування міждисциплінарної роботи і забезпечення допомоги різного рівня складності — від базових потреб до спеціалізованої терапії.

**Модель організації психологічної допомоги в закладах охорони здоров'я, яку ми розробляємо, базується на принципах піраміди психосоціальних інтервенцій, але має інший фокус.** Якщо піраміда описує загальну систему підтримки в лікарні — від базових умов до спеціалізованої терапії, то наша модель деталізує, як саме має бути організована послуга психолога в цій системі: які функції вона виконує, як взаємодіє з іншими фахівцями, які маршрутизаційні механізми застосовуються. Таким чином, піраміда задає рамку, у якій функціонує психологічна допомога, а наша модель конкретизує її реалізацію в межах цієї рамки.

Основний принцип побудови піраміди полягає в поступовому підвищенні рівня спеціалізації втручання. На нижчих рівнях створюються базові умови безпеки та підтримки, які охоплюють найбільшу кількість людей. На верхніх рівнях забезпечується індивідуальна психологічна та психіатрична допомога, яку надають вузькі спеціалісти. Такий підхід дає змогу ефективно розподіляти ресурси, не перевантажуючи фахівців вищого рівня, і водночас гарантувати безперервність підтримки.

Модель піраміди психосоціальних інтервенцій розробив Міжвідомчий постійний комітет (IASC), який працює під егідою ООН. Важливо, що адаптація цієї моделі здійснюється з урахуванням чинного законодавства України. За наказами МОЗ та кваліфікаційними вимогами, психолог у закладі охорони здоров'я може працювати на посадах «клінічний психолог», «лікар-психолог» тощо відповідно до рівня його підготовки. Модель піраміди передбачає розмежування відповідальності за професійною кваліфікацією та не суперечить нормативній базі.

В українському контексті важливо забезпечити не лише відповідність нормативним актам, а й реалістичність упровадження. Тому модель адаптована до кадрових та організаційних можливостей медичних закладів різного рівня — від великих клінік до амбулаторій. Це дає можливість запроваджувати психосоціальні інтервенції навіть за умов обмежених ресурсів, зберігаючи якість та етичність надання допомоги.

Її основою стали принципи, закладені в таких документах, як:

- Керівництво Міжагентської постійної ради зі сприяння психічному здоров'ю та психосоціальній підтримці в умовах надзвичайних ситуацій (*IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, 2007*)<sup>1</sup>;

- План дій ВООЗ у сфері психічного здоров'я на 2013–2030 роки (*WHO Mental Health Action Plan 2013–2030*)<sup>2</sup>;
- Міжагентська рамкова програма з питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайних ситуацій (*Inter-Agency Framework for MHPSS in Emergency Settings (UNICEF, UNHCR, IFRC)*);
- Європейська рамкова програма дій ВООЗ у сфері охорони психічного здоров'я.

Модель піраміди:

- **адаптивна до умов воєнного стану** та масового травматичного досвіду;
- **інтегрує міждисциплінарний підхід**: поєднує медицину, психологію, соціальну роботу, адміністративне управління;
- **забезпечує принципову доступність** — від простих базових заходів до високоспеціалізованої допомоги;
- **придатна для масштабування** — може впроваджуватись і у великих лікарнях, і в амбулаторіях;
- **розмежовує відповідальність**, знижуючи перевантаження окремих ланок (особливо психологів);
- **створює систему раннього реагування**: неспеціалізовані фахівці можуть ідентифікувати ризики та скеровувати далі.

Завдяки цьому піраміда допомагає закладу охорони здоров'я **не просто реагувати на стрес і розлади**, а будувати **превентивну, стійку, гуманну систему підтримки**, орієнтовану на відновлення людського потенціалу навіть у найскладніших умовах.

### Чому ми говоримо про психосоціальну підтримку, а не лише про психологічну допомогу?

У закладах охорони здоров'я традиційно використовують термін психологічна допомога, яким позначають роботу вузького спеціаліста з пацієнтом, що переживає кризу, тривогу чи інші труднощі. Проте в умовах війни, колективної травми, втрат і тривалого стресу **такий підхід виявляється надто вузьким**.

Проблеми пацієнта часто не зводяться лише до психологічного стану — вони тісно пов'язані зі втратою зв'язків, соціальною ізоляцією, нестачею підтримки, невизначеністю майбутнього. Усе це потребує **ширшої відповіді**, у якій беруть участь не лише психологи, а й медичні працівники, соціальні служби, громада.

Саме тому ми говоримо про **психосоціальну підтримку** — як ширший підхід до допомоги людині, що враховує і її емоційні переживання, і соціальне середовище, і відчуття безпеки, і стосунки та ресурси навколо.

- **Психосоціальна підтримка** — це широкий спектр заходів, спрямованих на покращення психічного стану людини через вплив як на її емоції, так і на соціальні зв'язки. Вона включає і формальні (структуровані, фахові втручання), і неформальні (родинні, громадські, волонтерські) джерела підтримки.
- **Психологічна допомога** — це один із компонентів психосоціальної підтримки. Її надають фахівці (психологи, психотерапевти) у разі потреби в глибокій, індивідуальній чи спеціалізованій роботі.

Таким чином, **психосоціальна підтримка** — це «парасолька», під якою психологічна допомога є одним зі специфічних інструментів.

## Структура піраміди психосоціальних інтервенцій у лікарні: рівні, ролі та відповідальність

Перш ніж перейти до опису кожного рівня піраміди, важливо побачити загальну логіку її побудови та ролі, які можуть відігравати психологи різного профілю — як клінічні, так і без відповідної спеціалізації.

**Таблиця 1. Розподіл ролей фахівців з психічного здоров'я за рівнями психосоціальної підтримки**

РІВЕНЬ	ЗАВДАННЯ	ХТО ПРАЦЮЄ	РОЛЬ КЛІНІЧНОГО ПСИХОЛОГА	РОЛЬ ПСИХОЛОГА БЕЗ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ «КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ»
<b>1</b>	Безпека, гідність, базові потреби	Адміністрація, лікарі, техперсонал	Консультаційна, опосередкована підтримка персоналу (на запит або ініціатива адміністрації)	Психоедукація, участь у просвітницьких заходах, підтримка персоналу
<b>2</b>	Зменшення ізоляції, підтримка громади	Соцпрацівники, волонтери, капелани	Супервізорська роль та участь у розробці програм психосоціальної підтримки	Проведення груп підтримки, тренінгів, робота з волонтерами
<b>3</b>	Перша психологічна допомога (PFA)	Медперсонал, навчені працівники, психологи з базовою освітою	Навчання з PFA, супервізія, маршрутизація випадків до спеціалістів	Фасилітація PFA, участь у командних зустрічах
<b>4</b>	Терапія, клінічна оцінка, лікування	Клінічні психологи, психіатри	Проведення діагностики, терапія, ведення випадку	⚠ Не залучається

Така структура не лише розподіляє відповідальність, а й забезпечує послідовність утручань. Пацієнт, який отримав базову підтримку на рівні персоналу або громади, за потреби може бути перенаправлений до психолога чи психіатра. Завдяки цьому формується маршрут допомоги, у якому жодна людина не залишається без реагування, навіть якщо не потребує спеціалізованої терапії.

Залучення фахівців до певних рівнів утручань має відповідати їхній освіті, досвіду та вимогам законодавства України щодо практики психолога / клінічного психолога в медичних установах (відповідно до наказів МОЗ № 1170, № 1254 тощо).



**Рисунок 1. Піраміда психосоціальних інтервенцій у лікарні**

### **Рівень 1 — базові послуги та безпека**

**Завдання:** забезпечення базових життєвих умов, доступ до медичних послуг, безпечне середовище, мінімізація дезорієнтації.

#### **ХТО ЗАЛУЧЕНИЙ:**

- адміністрація медичного закладу;
- технічний персонал;
- охорона, медичні координатори;
- лікарі всіх спеціальностей;
- медсестри.

#### **ПРИКЛАДИ ДІЙ:**

- створення безпечного простору (відсутність агресивного середовища);
- надання зрозумілої інформації про маршрути пацієнта;
- фізична доступність медичних, гігієнічних, харчових ресурсів;
- забезпечення базової підтримки для осіб з інвалідністю або дітей.

**Клінічний психолог** не залучений на цьому рівні, але може брати участь у розробці рекомендацій щодо безпечного середовища (наприклад, при кризових подіях).

### **Рівень 2 — підтримка громади та соціального середовища**

**Завдання:** зменшення ізоляції, активізація родинних, громадських, волонтерських зв'язків.

#### **ХТО ЗАЛУЧЕНИЙ:**

- соціальні працівники;
- психологи-консультанти (з базовою освітою);
- капелани, волонтери, працівники з роботи з пацієнтами;
- медичні працівники, які пройшли базове навчання.

#### **ПРИКЛАДИ ДІЙ:**

- проведення груп підтримки;
- психоедукаційні зустрічі (наприклад, про нормальні реакції на стрес);
- створення куточків відпочинку або кімнат тиші;
- залучення родичів до догляду.

**Клінічний психолог** може брати участь у підготовці волонтерів, супервізувати групи підтримки, але не веде індивідуальної терапії на цьому рівні.

---

### Рівень 3 — неспеціалізована психологічна підтримка

**Завдання:** надання базової психологічної підтримки особам у стресі, кризі або з помірними симптомами, які не потребують спеціалізованого втручання.

ХТО ЗАЛУЧЕНИЙ:	ПРИКЛАДИ ДІЙ:
<ul style="list-style-type: none"><li>лікарі, медсестри;</li><li>соціальні працівники;</li><li>психологи з базовою освітою;</li><li>працівники, які пройшли тренінг з ППД (першої психологічної допомоги).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>активне слухання, емпатичне спілкування;</li><li>короткі кризові інтервенції;</li><li>скринінг тривоги, депресії, ПТСР (опитувальники);</li><li>перенаправлення до клінічного психолога при виявленні складних випадків.</li></ul>

**Клінічний психолог** проводить супервізії, навчає персонал першої психологічної допомоги, приймає перенаправлених пацієнтів, але не є основним виконавцем на цьому рівні.

---

### Рівень 4 — спеціалізована психологічна та психіатрична допомога

**Завдання:** діагностика та лікування психічних розладів, тривала терапія, робота з персоналом.

ХТО ЗАЛУЧЕНИЙ:	ПРИКЛАДИ ДІЙ:
<ul style="list-style-type: none"><li>клінічні психологи;</li><li>психотерапевти;</li><li>психіатри;</li><li>мультидисциплінарні команди (у складних випадках).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>психотерапія (КПТ, EMDR, підтримувальна терапія);</li><li>діагностика за DSM5 або МКХ11;</li><li>ведення клінічних випадків;</li><li>психологічне відновлення медичного персоналу.</li></ul>

**Клінічний психолог** головна фігура на цьому рівні. Він здійснює клінічну оцінку, веде терапію, координує роботу із психіатром, розробляє плани психологічного супроводу пацієнтів і персоналу.

Важливо, що спеціалізована допомога не функціонує ізольовано. Вона спирається на попередні рівні, де формуються довіра, безпека та мотивація пацієнта. Клінічний психолог у цій системі не лише лікує, а й координує — забезпечує комунікацію між лікарями, соціальними працівниками та родиною пацієнта, тим самим створюючи цілісний процес одужання.

Таким чином, усі рівні піраміди психосоціальних інтервенцій утворюють цілісну систему, у якій психолог виконує різні, але взаємопов'язані функції. Щоб показати, як саме ця діяльність розподіляється всередині структури, нижче наведено схему моделі послуги психолога в межах піраміди.

## Хто залучений і як розподіляється відповідальність?

Надання психосоціальної підтримки в закладах охорони здоров'я передбачає участь різних категорій фахівців. Кожна група виконує власні функції, що відповідають її ролі та компетенціям у межах піраміди психосоціальних інтервенцій. Такий розподіл сприяє забезпеченню **послідовності дій, ефективній маршрутизації та взаємодоповненню ролей** усіх учасників процесу допомоги.

Таблиця нижче відображає основні категорії персоналу, їхню відповідальність і рівні залучення в системі допомоги.

**Таблиця 2. Категорії персоналу та рівні їх участі в психосоціальній підтримці**

КАТЕГОРІЯ ПЕРСОНАЛУ	ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ	РІВНІ УЧАСТІ
Адміністрація лікарні	Політика, забезпечення ресурсів	1–4
Медичний персонал (лікарі, медсестри)	Виявлення симптомів, надання ППД, направлення до психолога	1–3
Психологи, психотерапевти	Діагностика, терапія, супровід	3–4
Соціальні працівники, волонтери	Психосоціальна підтримка на рівні спільноти	2–3
Пацієнти, родичі	Активна участь у підтримувальних заходах, групах	2

Чіткий розподіл дає можливість уникати дублювання функцій і формує єдиний маршрут пацієнта в системі допомоги.

Щоб зрозуміти, як саме **психологічна допомога** реалізується в межах цієї багаторівневої структури, важливо побачити її внутрішню динаміку, тобто **зміну ступеня і характеру залучення психолога на кожному рівні піраміди**.

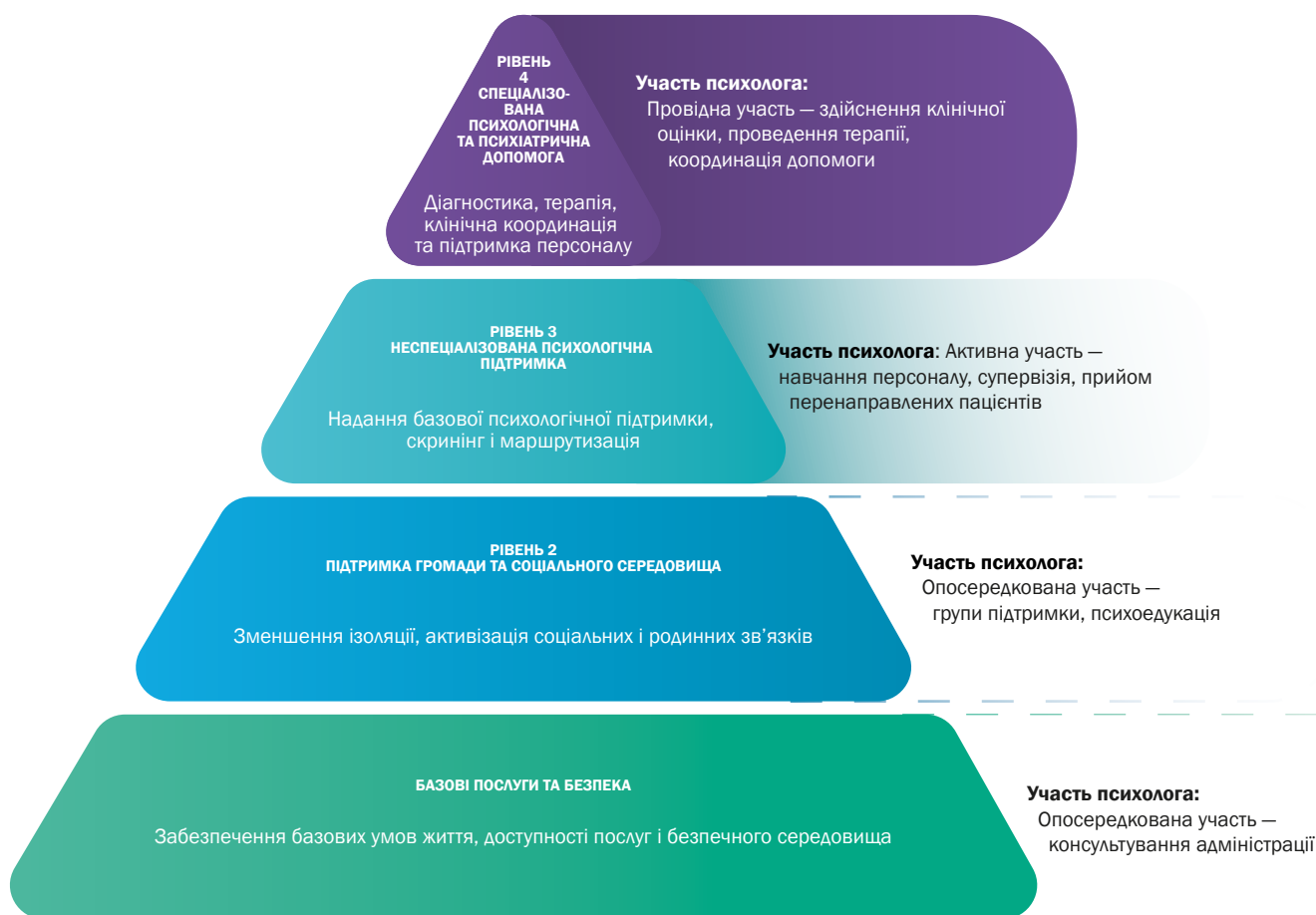
**На базових рівнях (1–2)** участь психолога є переважно опосередкованою: він консулює адміністрацію, бере участь у створенні безпечного середовища, проводить психоедукаційні заходи або готує волонтерів.

**На проміжному рівні (3)** психолог виконує навчальні, координувальні та підтримувальні функції — навчає персонал принципів першої психологічної допомоги, проводить супервізії, допомагає у виявленні ризиків, скринінгу та маршрутизації випадків до спеціалістів.

**На найвищому рівні (4)** психологічна допомога набуває клінічного виміру: фахівець стає ключовою фігурою в процесі терапії, діагностики та ведення складних випадків, взаємодіє із психіатром і мультидисциплінарною командою.

Такий підхід показує, що психологічна допомога — це не ізольована послуга, а **частина інтегрованої системи**, яка забезпечує безперервність психосоціальної підтримки — від базових умов безпеки до високоспеціалізованої клінічної допомоги.

Схематично ця взаємодія наведена нижче.



**Рисунок 2. Динаміка залучення психолога за рівнями піраміди психосоціальних інтервенцій**

Піраміда психосоціальних інтервенцій — це не лише теоретична модель, а практичний інструмент трансформації лікарні в простір психологічної безпеки та підтримки. Вона дає можливість будувати систему, де допомога не починається і не закінчується в кабінеті психолога, а охоплює все середовище, у якому перебуває пацієнт: від реєстратури до післягоспітального супроводу.

Завдяки чіткому розподілу функцій, ранньому виявленню потреб і багаторівневій відповіді піраміда підвищує ефективність підтримки, зменшує перевантаження фахівців, допомагає впроваджувати доказові підходи й розширює можливості допомоги навіть за обмежених ресурсів.

Її запровадження сприяє покращенню якості медичних послуг, зменшенню вигорання персоналу та підвищенню довіри до системи охорони здоров'я загалом.

## 1.2. Міжнародні підходи до формування психологічних служб у системах охорони здоров'я

Піраміда психосоціальних інтервенцій задає універсальну рамку: вона показує, як має вибудовуватися система підтримки — від базових умов до спеціалізованої терапії. Однак те, як країни наповнюють цю рамку інституціями, командами й кадровими рішеннями, різняться. Тому, перш ніж перейти до визначення мети і завдань психологічної допомоги в українських медичних закладах, важливо побачити, **як інші системи охорони здоров'я вибудовують власні моделі** та що в них є спільного.

Успішні психологічні служби рідко виникають поверх наявної системи. У різних країнах розвиток починався з різних підходів: десь — через централізовані стратегії, десь — через локальні пілоти в громадах, а десь — через масштабні реформи чи зміни фінансування.

Та попри різні траєкторії є один спільний знаменник: **ефективність забезпечує не стільки наявність методик, скільки продумана кадрова політика та командна модель.**

### **Велика Британія: фокус на даних і стратегічному плануванні**

У 2025 році NHS England провела масштабний Національний перепис психологічних професій. Це був не статистичний жест, а точка відліку для системної реформи: завдяки перепису об'єднали дані про кількість фахівців, їхній вік, спеціалізацію, навантаження і плінність. На основі цих даних NHS визначила прогалини, перерозподілила ролі і заклала план суттєвого розширення психологічних професій у пріоритетних сферах.

Тобто британський досвід демонструє: реформа починається там, де система припиняє здогадуватись і починає вимірювати.

### **Канада: модель громади, яка підсилює медичну систему**

Канада вибудовує психологічну підтримку не лише навколо лікарень, а навколо громад. Понад 7 000 співробітників Канадської асоціації психічного здоров'я працюють у 330 спільнотах країни — вони стають «точками входу», що скеровують людей, підтримують їх на ранніх етапах і формують маршрути до медичних закладів.

Це зміщує акцент: психологічна служба працює не «в лікарні», а «для громади, через лікарню», поєднуючи мобільні команди, телемедицину, міжсекторальну взаємодію.

### **США: кадровий дефіцит як стимул до трансформації**

У США дедалі більша частина територій входить до Mental Health Professional Shortage Areas — зон нестачі фахівців. Це спонукало багато штатів переглянути політику: розширити ролі немедичних фахівців, створити стимули для роботи в сільських регіонах, полегшити маршрути ліцензування, запровадити гнучкі формати компенсацій.

Цей досвід показує: навіть потужна система не є стійкою без продуманої роботи з кадрами, їх утриманням і ролями.

### Що об'єднує моделі, які працюють

Попри відмінності контекстів країни, які вважаються успішними в організації психологічних служб, дотримуються схожої логіки:

- **починають із даних** — переписів, аналізу навантаження, демографії фахівців;
- **будують команди, а не ізольовані ролі**: психологи, психотерапевти, консультанти, соціальні працівники працюють у взаємодії, а не «острівцями»;
- **створюють стимули**, які виходять за межі зарплат: кар'єрні траєкторії, ротації, спеціалізовані ролі, додаткові повноваження;
- **розвивають сталі рішення**, а не короткотермінові «вливання»;
- **системно інтегрують громаду**, волонтерів, первинну ланку й стаціонар.

Ці принципи важливі не як ідеалізація закордонних моделей, а як орієнтири, що допомагають Україні вибудувати власну систему — з її реаліями, нормативною базою та ресурсами.

Міжнародний досвід показує, що створення психологічної допомоги в медичних закладах — це насамперед **про командність, дані та сталість**, а не про окремі втручання. І саме ці підходи стають актуальними в Україні, яка формує власну модель психосоціальної підтримки в умовах війни, високої потреби та швидкої трансформації системи.

На цьому тлі визначення **мети і завдань психологічної допомоги** в українських ЗОЗ стає не просто технічним описом, а елементом стратегічного розвитку системи.

## 1.3. Мета і завдання психологічної допомоги в медичних закладах

Мета психологічної допомоги в медичному закладі

Метою психологічної допомоги є сприяння емоційній безпеці, психічному благополуччю та підтримка відновлення функціонування пацієнтів і персоналу в умовах хвороби, стресу або кризових подій.

Це досягається через професійну підтримку, стабілізацію емоційного стану, зменшення дистресу та формування психологічної стійкості — як у пацієнтів, так і серед медичного персоналу.

Мета психологічної допомоги має двовимірний характер: індивідуальний (орієнтований на конкретну людину) та системний (орієнтований на лікарняне середовище як спільноту). Таким чином, психологічна допомога не лише усуває наслідки психоемоційного напруження, а й дає можливість формувати культуру взаємопідтримки, співчуття та гуманності в медичному просторі.

## Завдання психологічної допомоги

Завдання психологічної допомоги розкриваються на всіх рівнях піраміди: від базового гарантування безпеки до спеціалізованої терапії. Такий підхід сприяє побудові системи допомоги, де кожен учасник (медик, психолог, соціальний працівник) має свою роль, а пацієнта підтримують відповідно до його потреб.

### Для пацієнтів:

- зменшення тривоги, страху, розгубленості, що супроводжують хворобу;
- сприяння прийняттю діагнозу або змін у житті, пов'язаних із хворобою;
- психоемоційна стабілізація в умовах госпіталізації, операцій, невизначеності;
- надання кризової підтримки у випадках втрати, шоку, травматичних подій;
- супровід під час тривалого лікування або реабілітації;
- активізація особистісних і соціальних ресурсів для одужання.

Цей рівень завдань формує основу гуманного ставлення до пацієнта, де лікування розглядається не лише як медичний, а як психологічно-підтримувальний процес.

### Для родичів пацієнтів:

- допомога в прийнятті важких рішень;
- психоедукація щодо стану пацієнта;
- супровід у період втрати або важкої хвороби близької людини;
- зменшення емоційного навантаження та почуття провини.

Робота з родичами допомагає зменшити напругу навколо пацієнта, покращує взаєморозуміння між сім'єю та медичним персоналом і сприяє спільній відповідальності за процес лікування.

### Для медичного персоналу:

- попередження емоційного вигорання та підтримка в професійних викликах;
- надання простору для переробки складного досвіду (втрати пацієнтів, моральні дилеми);
- розвиток навичок комунікації з пацієнтами в кризі або з важкими діагнозами;
- створення можливостей для консультування, супервізій, відновлювальних інтервенцій.

Забезпечення психологічного добробуту персоналу є стратегічним завданням медичної системи, адже емоційно стабільний працівник здатен ефективніше надавати допомогу іншим.

### Для системи охорони здоров'я загалом:

- підвищення ефективності медичної допомоги через врахування психоемоційного стану пацієнта;
- підвищення рівня довіри до лікарні та зниження кількості конфліктів і скарг;
- формування гуманного, пацієнтоорієнтованого середовища;
- упровадження комплексного підходу до здоров'я (біо-психо-соціальної моделі).

На цьому рівні психологічна допомога стає елементом стратегічного розвитку системи — вона перетворює лікарню на простір психологічної безпеки, довіри та партнерства між усіма учасниками лікувального процесу.



Рисунок 3. Структура цілей психологічної допомоги для пацієнта, родини, медичного персоналу та системи охорони здоров'я

## 1.4. Очікувані результати від упровадження психологічної допомоги

Упровадження чітко організованої психологічної допомоги як частини системи психосоціальної підтримки дає змогу досягти змін на кількох рівнях: індивідуальному, командному та системному.

Така багаторівнева динаміка ефектів є ключовою ознакою інтегрованих психосоціальних систем: зміни в одній ланці (наприклад, зниження тривожності пацієнтів) безпосередньо впливають на інші — покращують комунікацію з персоналом, підвищують ефективність лікування і формують довіру до медичної установи.



**Рисунок 4. Очікувані результати від впровадження психологічної допомоги**

### Для пацієнтів:

- покращення емоційного стану та зменшення дистресу під час перебування в лікарні;
- раннє виявлення психологічних труднощів, включно з тривожними, депресивними та посттравматичними реакціями;
- своєчасне отримання відповідної допомоги — від психоедукації до спеціалізованої терапії;
- підвищення задоволеності від лікування та довіри до медичної системи;
- зменшення ризику хронізації психічних розладів.

Сукупність цих результатів свідчить про те, що психологічна допомога виконує не лише підтримувальну, а й превентивну функцію. Вона дає можливість запобігти розвитку тяжких психічних розладів, полегшує процес адаптації до хвороби та створює умови для більш гуманного лікувального середовища.

---

**Для персоналу:**

- зниження рівня професійного вигорання та підвищення стресостійкості;
- підтримка в складних випадках (наприклад, при роботі з пацієнтами, які пережили травму чи втрату);
- підвищення компетентності у сфері базової психологічної підтримки (зокрема першої психологічної допомоги);
- покращення міжпрофесійної взаємодії в лікарні.

Підтримка персоналу — це критичний чинник стабільності всієї медичної системи. Емоційно стійкий працівник краще взаємодіє з пацієнтами, знижує ризик конфліктів і підвищує загальну якість послуг. Саме тому робота з командою є не лише компонентом психологічної допомоги, а й стратегією управління ризиками в лікарні.

---

**Для закладу охорони здоров'я загалом:**

- формування середовища, орієнтованого на гідність, безпеку та відновлення;
- оптимізація маршрутів пацієнта і раціональне використання ресурсів;
- зниження рівня конфліктності, агресії, повторних звернень із психосоматичними скаргами;
- посилення інтеграції закладу в ширшу систему МНПСС у громаді.

Інституційний ефект упровадження психологічної допомоги виявляється у створенні сталої системи реагування на кризові стани. Це дає медичному закладу змогу не лише підвищити ефективність внутрішніх процесів, а й стати частиною національної мережі МНПСС — системи, що забезпечує послідовність і доступність психосоціальної підтримки на різних рівнях охорони здоров'я.

Таким чином, упровадження послуги психологічної допомоги — це не окремий елемент, а складова комплексної відповіді на потреби людей у кризі, яка робить роботу медичного закладу більш ефективною, чутливою та сталою.

Зрештою, ефект від запровадження психологічної допомоги вимірюється не лише статистичними показниками, а й зміною культури турботи в медичному просторі — від формального виконання процедур до справжнього партнерства між пацієнтом, персоналом і системою охорони здоров'я.

## **Використані джерела та рекомендована література**

1. Міжагентська постійна рада. (2007). Керівництво зі сприяння психічному здоров'ю та психосоціальній підтримці в умовах надзвичайних ситуацій. Женева: IASC. Отримано з <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-force-mental-health-and-psycho-social-support-emergency-settings>
2. Всесвітня організація охорони здоров'я. (2021). План дій ВООЗ у сфері психічного здоров'я на 2013–2030 роки. Женева: ВООЗ. Отримано з <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
3. Всесвітня організація охорони здоров'я, Регіональне бюро Європи. (2015). Європейська рамкова програма дій ВООЗ у сфері охорони психічного здоров'я: підтримка держав – членів у підвищенні добробуту населення. Копенгаген: ВООЗ. Отримано з <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057813>

# РОЗДІЛ 2. НОРМАТИВНА БАЗА ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Нормативно-правова база у сфері охорони психічного здоров'я перебуває в процесі активного формування та оновлення. Це потребує від фахівців системи охорони здоров'я постійного відстеження змін чинного законодавства, прийняття нових підзаконних актів, оновлення технічних вимог Національної служби здоров'я України (НСЗУ) до медичних послуг, а також коригування змісту Програми медичних гарантій (ПМГ).

У цьому розділі наведено стислий огляд ключових положень Закону України «Про систему охорони психічного здоров'я», чинних наказів МОЗ щодо організації надання психосоціальної допомоги (ПСД), кваліфікаційних вимог до фахівців закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), а також основних міжнародних стандартів надання психосоціальної допомоги.

## 2.1. Загальні засади функціонування системи охорони психічного здоров'я в Україні

ЗУ «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» (далі — Закон)<sup>1</sup> визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади системи охорони психічного здоров'я (ОПЗ) в Україні, регулює суспільні відносини в цій сфері з метою забезпечення доступності, якості послуг і дотримання прав людей із психічними розладами.

Закон містить визначення понять ОПЗ (видів допомоги, комплексного підходу до надання послуг, кейс-менеджменту), які необхідно розуміти і керівникам ЗОЗ, і фахівцям із психічного здоров'я. Розуміння ролі місцевих органів влади у сфері ОПЗ важливе для керівників ЗОЗ, а питання атестації та сертифікації — для фахівців із психічного здоров'я.

### **Система охорони психічного здоров'я включає:**

- суб'єктів охорони психічного здоров'я — їхні права, обов'язки та взаємодію;
- допомогу у сфері психічного здоров'я — послуги у сфері психічного здоров'я;
- вимоги, протоколи, настанови та стандарти, визначені законодавством.

Усі втручання у сфері психічного здоров'я здійснюються із:

- дотриманням правил етичної поведінки та на засадах конфіденційності;
- застосуванням науково обґрунтованих методів;
- максимальним рівнем захисту прав і гідності осіб, які потребують ПСД.

**Таблиця 3. Види допомоги у сфері психічного здоров'я**

ВИД	ВИЗНАЧЕННЯ
<b>Психосоціальна допомога</b>	діяльність, спрямована на задоволення психологічних і соціальних потреб людей із метою покращення якості їхнього життя шляхом надання доступу до інформації про психічне здоров'я, розвитку навичок подолання стресу, психологічної стійкості та психологічного відновлення, підтримки, орієнтованої на зменшення почуття соціальної ізоляції, розвитку здатності до самовизначення і самозарадності
<b>Психологічна допомога</b>	комплекс заходів, спрямованих на розвиток соціально-психологічної компетентності осіб, зняття психоемоційної напруги і гармонізацію психічного стану, розвиток психологічної стійкості та здатності до соціальної адаптації особи або групи осіб. Психологічна допомога може надаватись у формі кризового психологічного втручання, психологічного консультування, психодіагностичних, психокорекційних і відновних заходів, а також гарячих ліній психологічної допомоги
<b>Психотерапія</b>	цілісне, свідоме та планомірне застосування науково обґрунтованих психотерапевтичних методів (методів психотерапії) з метою допомоги особам у вирішенні та подоланні проблем із психічним здоров'ям, покращенні якості життя, запобіганні заподіяння шкоди собі або іншим особам
<b>Психологічна реабілітація</b>	комплекс заходів, спрямованих на сприяння відновленню, покращення функціонування особи і якості її життя шляхом поєднання психологічної та психотерапевтичної допомоги, діяльності з розвитку соціальних навичок і соціальної підтримки, залучення ресурсів громади
<b>Психіатрична допомога (відповідно до ЗУ «Про психіатричну допомогу»)<sup>2</sup></b>	комплекс спеціальних заходів, спрямованих на обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах і в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами України, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медичну та психологічну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, у тому числі внаслідок вживання психоактивних речовин

Послуги у сфері психічного здоров'я **можуть надаватися з використанням інформаційно-комунікаційних технологій**, що передбачає комунікацію (взаємодію) двох або більше учасників. Така комунікація (взаємодія) здійснюється з дотриманням законодавства у сфері захисту персональних даних, електронної ідентифікації та електронних довірчих послуг, а також захисту інформації в інформаційно-комунікаційних системах.

## Комплексність допомоги у сфері психічного здоров'я

Закон уводить поняття комплексної допомоги у сфері психічного здоров'я, яка передбачає цілісний підхід до підтримки людини. Вона включає:

- профілактику;
- раннє виявлення;
- реабілітацію та заохочення відповідної допомоги, орієнтованої на отримувача послуг.

Комплексна допомога у сфері психічного здоров'я поєднує різні види допомоги у сфері психічного здоров'я та медичні й соціальні послуги з метою цілісної підтримки отримувача послуг.

Комплексна допомога у сфері психічного здоров'я складається з програм психологічного відновлення та послуг, які відповідають потребам отримувача послуг і спитаються на науково обґрунтовані методи.

Формою організації надання комплексної допомоги у сфері психічного здоров'я є **кейс-менеджмент**. Кейс-менеджмент застосовується в разі, якщо звернення особи містить більше двох проблемних запитів і передбачає довгострокову роботу або якщо вирішення проблеми потребує залучення додаткових ресурсів чи особа не може отримати доступ до життєво необхідних їй послуг.

### Ключові елементи кейс-менеджменту:

- усебічне оцінювання для розуміння потреб, сильних сторін і ресурсів особи;
- спільне розроблення індивідуального плану допомоги;
- координація та спрощення доступу до послуг у сфері психічного здоров'я та суміжних галузях;
- захист прав і орієнтація на потреби отримувача у сферах охорони здоров'я, соціального захисту, освіти і зайнятості;
- індивідуальна підтримка відповідно до поточних потреб;
- моніторинг прогресу і коригування плану допомоги;
- забезпечення доступу до ресурсів громади, що сприяють відновленню та покращенню якості життя;
- залучення членів сім'ї, законних представників і соціального оточення до процесу підтримки.

У практичному вимірі кейс-менеджмент — це механізм, який сприяє **персоніфікації допомоги**, координуванню зусиль лікарів, психологів, соціальних працівників і громади. Він допомагає уникати дублювання функцій між службами, підтримує безперервність допомоги й гарантує, що жодна людина не залишиться поза системою підтримки. Такий підхід особливо важливий **для пацієнтів із хронічними захворюваннями, військових, ВПО, осіб у кризових станах**, тобто для тих, хто потребує довготривалої, міждисциплінарної підтримки.

## Роль місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування в системі ОПЗ

Закон надає **значні повноваження органам місцевого самоврядування та місцевим органам влади** у сфері організації системи ОПЗ. Саме вони забезпечують **реалізацію державної політики** на рівні регіонів, районів і територіальних громад, координуючи надання допомоги, розроблення місцевих програм і розвиток інфраструктури послуг.

## Роль органів місцевого самоврядування

Органи місцевого самоврядування виступають головними координаторами надання допомоги у сфері психічного здоров'я на рівні регіонів, районів і територіальних громад. Їхня діяльність спрямована на розвиток мережі послуг, залучення міжсекторальних ресурсів і підвищення поінформованості населення.

Для запобігання стигматизації осіб, які мають психічні розлади й інші проблеми, що стосуються психічного здоров'я, місцеві органи влади та органи місцевого самоврядування зобов'язані проводити просвітницькі заходи щодо психічного здоров'я.

Вони, зокрема:

- організують надання якісних послуг у сфері психічного здоров'я, формують спроможну мережу закладів охорони здоров'я, соціального захисту й інших суб'єктів, що можуть надавати такі послуги;
- розробляють і затверджують **місцеві програми у сфері ОПЗ**;
- організують **інформування населення**, зокрема й осіб із психічними розладами, про їхні права та можливості отримання допомоги;
- підтримують **просвітницькі ініціативи** з підвищення обізнаності, зменшення дискримінації та стигматизації;
- забезпечують умови для **мультидисциплінарного підходу**, орієнтованого на потреби конкретної особи;
- здійснюють **розвиток і підтримку комунальних закладів охорони здоров'я** та соціальної сфери;
- організують **надання допомоги через комунальні установи** — лікарні, амбулаторії, центри соціальних служб.

Таким чином, саме органи місцевого самоврядування формують основу системи ОПЗ — забезпечують її сталість, відповідність потребам громади та інтегрованість між секторами.

## Роль місцевих органів виконавчої влади

Місцеві органи виконавчої влади забезпечують **управлінський і координаційний рівень системи**. Вони діють як проміжна ланка між державними політиками та їх реалізацією в громадах. Їхні основні функції:

- виконання державних, регіональних і місцевих програм у сфері ОПЗ;
- участь у **реформуванні системи інституційного догляду**;
- формування **інклюзивних систем підтримки** на рівні громад;
- моніторинг якості послуг і ефективності використання ресурсів.

Через адміністрації реалізується зв'язок між державними пріоритетами та практикою — саме вони узгоджують фінансування, звітування і нормативну базу.

## Рівень територіальних громад: практична реалізація допомоги

На рівні територіальних громад відбуваються **реальне надання послуг** і взаємодія з людьми, які потребують підтримки. Цей рівень є центральним для побудови системи, орієнтованої на потреби людини. До основних напрямів роботи належать:

- **оцінювання потреб населення** в послугах, моніторинг забезпеченості та якості;
- **налагодження міжсекторальної співпраці** медичних, соціальних, освітніх закладів, громадських організацій, структур сектора безпеки;
- **створення служб і програм підтримки психічного здоров'я** (груп підтримки, консультативних служб, громадських центрів, маршрутів допомоги);
- **проведення кампаній і просвітницьких заходів**, спрямованих на підвищення обізнаності й зниження стигматизації;
- **кризове втручання** і запобігання самогубствам через координацію з екстреними службами;
- **підтримка надавачів послуг і громадських ініціатив**, зокрема груп «рівний — рівному».

Успіх реформи охорони психічного здоров'я значною мірою залежить від спроможності громад. Саме вони створюють умови, у яких людина може мати підтримку поруч із домом — у знайомому середовищі, через доступні сервіси й партнерства між секторами. Місцева влада стає не лише адміністратором, а й ініціатором змін, що формують нову культуру ставлення до психічного здоров'я в суспільстві.

### **Кадри: безперервний професійний розвиток, атестація та сертифікація фахівців у сфері психічного здоров'я**

Сучасна система охорони психічного здоров'я базується не лише на розвитку інституцій, а й на підвищенні професійного рівня фахівців, які надають допомогу в цій сфері. Висока якість послуг безпосередньо залежить від постійного навчання, оцінювання компетентностей і підтримки фахівців у професійній діяльності. Саме **тому ЗУ «Про систему охорони психічного здоров'я»** вводить цілісну модель розвитку кадрів, що включає чотири взаємопов'язані компоненти: **безперервний професійний розвиток, атестацію, сертифікацію та супервізію**.

#### **Безперервний професійний розвиток (БПР)**

Відповідно до Закону, **безперервний професійний розвиток** є обов'язковим для фахівців із психічного здоров'я і полягає в постійному процесі навчання та вдосконалення професійних компетентностей із метою надання якісної допомоги в цій сфері.

БПР охоплює різні формати: участь у тренінгах, конференціях, супервізійних програмах, дистанційних курсах, стажуваннях.

Від **1 липня 2025 року** почали діяти **оновлені критерії нарахування річного обсягу балів БПР**, що встановлюють чіткі вимоги до джерел і змісту навчання. Вони затверджені **наказом МОЗ України «Про затвердження Порядку проведення атестації працівників сфери охорони здоров'я та внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України» від 16.04.2025 № 650<sup>3</sup>**.

Таким чином, БПР стає основою підвищення кваліфікації, а результати його проходження — необхідною умовою для **атестації та сертифікації фахівців**.

### **Атестація фахівців**

Наступним етапом кадрового розвитку є атестація, що підтверджує професійну придатність і рівень компетентності.

Вона проводиться для:

- медичних працівників;
- фахівців із вищою немедичною освітою у сфері психологічної допомоги або духовної опіки, які працюють у закладах охорони здоров'я.

Порядок проведення атестації визначено тим же наказом МОЗ України «Про затвердження Порядку проведення атестації працівників сфери охорони здоров'я та внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України» від 16.04.2025 № 650.

Особливу увагу Закон приділяє атестації психотерапевтів, для яких обов'язковою є наявність сертифіката, що підтверджує опанування науково обґрунтованого психотерапевтичного методу — відповідно до стандартів міжнародних професійних спільнот або акредитованих програм.

Атестація виступає ключовим етапом кар'єрного розвитку фахівця: вона забезпечує формальне підтвердження рівня кваліфікації та відкриває можливість подальшої сертифікації.

### **Атестація психотерапевтів**

Особливий порядок атестації визначено для психотерапевтів. Її проходження передбачає **наявність чинного сертифіката**, який підтверджує опанування певного **науково обґрунтованого психотерапевтичного методу** відповідно до стандартів міжнародних організацій і спільнот або програм, акредитованих такими організаціями.

Таким чином, атестація психотерапевтів ґрунтується на поєднанні **державного регулювання** (через систему МОЗ) і **професійного самоврядування** (через сертифікаційні механізми міжнародного рівня). Це дає змогу забезпечити єдність критеріїв якості підготовки фахівців і визнання їхньої компетентності як в Україні, так і за її межами.

Проведення атестації працівників сфери охорони здоров'я відновлюється через **шість** місяців із дня припинення або скасування воєнного стану в Україні.

### **Сертифікація фахівців**

**Сертифікація фахівців** у сфері психічного здоров'я за професійними напрямками роботи (освіта, соціальна сфера, безпека та оборона, інші сфери, визначені в порядку сертифікації) передбачає підтвердження їхньої компетентності. Її здійснює Національна комісія з питань психічного здоров'я (передбачено до створення) з урахуванням результатів проходження БПР.

Процедура сертифікації передбачає:

- перевірку відповідності освіти, досвіду та навичок фахівця;
- оцінку професійних досягнень;
- урахування результатів атестації та БПР.

За підсумками сертифікації фахівець отримує **сертифікат**, а інформація про нього вноситься до **Реєстру надавачів послуг у сфері охорони психічного здоров'я** (створюється відповідно до Закону).

#### **Вимоги до фахівців:**

- наявність вищої освіти не нижче **першого (бакалаврського)** рівня;
- проходження **теоретичного навчання з пропедевтики психічних розладів**.

#### **Сертифікація психотерапевтів**

Окремо Закон визначає порядок сертифікації психотерапевтів, яку здійснюють саморегульвні професійні організації. Вона підтверджує опанування конкретного науково обґрунтованого методу психотерапії відповідно до міжнародних стандартів.

**Саморегульвні організації** — неприбуткові добровільні об'єднання фізичних і юридичних осіб за відповідним напрямом підприємницької чи професійної діяльності, які створюються для захисту прав і законних інтересів своїх членів, підвищення їхнього професійного рівня та якості надання послуг, розгляду скарг на дії своїх членів.

Опанування методу включає:

- курс теоретичного навчання, що містить у собі зокрема й пропедевтику психічних розладів;
- практичне навчання методу;
- навчальну та клінічну практику під супервізією (якщо це передбачено методом).

**Обов'язкова вимога:** наявність вищої освіти не нижче **другого (магістерського)** рівня.

Фахівець у сфері психічного здоров'я не має права практикувати в психотерапевтичному методі (методі психотерапії) без наявності дійсної сертифікації в цьому методі, крім випадків навчальної практики та клінічної практики під супервізією.

#### **Перехідні положення ЗУ «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» (від 07 лютого 2025 р.)**

Для поступового впровадження системи передбачено такі часові межі:

- **протягом 6 років із дня опублікування цього Закону** — сертифікація фахівців у сфері психічного здоров'я має добровільний характер;
- **через 6 років із дня опублікування цього Закону** — сертифікація та наявність сертифіката, що підтверджує опанування певного науково обґрунтованого психотерапевтичного методу згідно зі стандартами та програмами міжнародних організацій і спільнот або програмами, акредитованими такими організаціями для

атестації психотерапевтів з-поміж осіб, які є медичними працівниками, фахівцями з вищою немедичною освітою з психологічної допомоги та духовної опіки у сфері охорони здоров'я, які є працівниками ЗОЗ, є **обов'язковими**;

• **через 3 роки з дня опублікування цього Закону** — послуги у сфері психічного здоров'я, що фінансуються з державного чи місцевого бюджетів, зможуть надавати лише сертифіковані фахівці у сфері психічного здоров'я.

## Супервізія

Ще однією ланкою професійного розвитку є **супервізія** — постійна професійна підтримка фахівців, яка забезпечує якість, етичність і стабільність їхньої роботи.

Згідно із Законом, супервізія є **обов'язковою складовою діяльності** фахівців у сфері психічного здоров'я. Вона спрямована на:

- підвищення якості надання допомоги;
- профілактику професійного вигорання;
- аналіз складних випадків і вдосконалення практики;
- забезпечення етичних стандартів і безпечного середовища для фахівця.

*Положення про супервізію затвердить Кабінет Міністрів України.*

## 2.2. Організація надання психосоціальної допомоги населенню

Наказ МОЗ України «**Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню**» від 13 грудня 2023 року № 2118<sup>4</sup> затверджує низку ключових документів, які регламентують організацію, зміст і якість психосоціальної допомоги (ПСД) та психосоціальних послуг (ПСП):

- **Порядок надання психосоціальної допомоги та психосоціальних послуг** щодо питань психічного здоров'я, зокрема й із запобігання суїциду та психосоціального компонента реабілітації ветеранів війни та інших груп населення (далі — Порядок надання ПСД та ПСП)<sup>5</sup>;
- **Перелік психосоціальних послуг** з надання психосоціальної допомоги<sup>6</sup>;
- **Перелік валідних методів психологічної діагностики**, які можуть використовуватися для проведення психологічної оцінки та контролю якості допомоги<sup>7</sup>;
- **Перелік методів психотерапії з доведеною ефективністю**<sup>8</sup>.

Ознайомлення з **Порядком надання ПСД та ПСП (1)** є першочерговим для керівників ЗОЗ, у яких планується організація надання психосоціальної допомоги.

**Водночас Переліки психосоціальних послуг, валідних методів діагностики та методів психотерапії (2–4)** містять детальну професійну інформацію, необхідну для фахівців у сфері психічного здоров'я.

## Коротка довідка про надання психосоціальної допомоги в ЗОЗ на трьох рівнях

Відповідно до затвердженого Порядку, **психосоціальна допомога** може надаватись **на трьох рівнях**: первинному, вторинному та третинному. Рівні розрізняються за обсягом послуг, складом фахівців і механізмами направлення.

**ПСД** можуть надавати надавачі психосоціальної допомоги (лікар-психолог, лікар-психотерапевт, клінічний психолог (психолог), психотерапевт) індивідуально або в складі мультидисциплінарної команди. ПСД передбачає надання психосоціальних послуг відповідно до Переліку ПСП (додаток 1).

### ПСД первинного рівня

#### Обсяг:

- надання першої психологічної допомоги, психосоціального супроводу осіб із психічними розладами;
- проведення профілактичних заходів для груп, сімей та окремих осіб із підвищеним ризиком потрапляння в складні життєві обставини.

**Хто надає:** у межах первинної медичної допомоги (ПМД) — надавачі ПМД або лікар-психолог, лікар-психотерапевт, клінічний психолог чи психотерапевт у ЗОЗ.

**Направлення:** самозвернення отримувача допомоги.

### ПСД вторинного рівня

#### Обсяг:

- допомога у вирішенні актуальних або специфічних психологічних проблем, які виникли, зокрема, внаслідок психологічної травми в екстремальних ситуаціях (бойових діях, перебуванні в полоні чи на окупованих територіях тощо), у надзвичайних ситуаціях (пожежах, руйнуваннях будинків, травмуванні під час виконання професійних обов'язків тощо), у кризових ситуаціях (розлучення, смерті близьких людей тощо);
- допомога задля запобігання та полегшення фізичних, психологічних страждань пацієнта, що

потребує паліативної допомоги, членів його сім'ї, осіб, які здійснюють догляд за таким пацієнтом, а також для працівників ЗОЗ під час надання паліативної допомоги;

- допомога для осіб із психічним та/або поведінковим розладом під час або після закінчення курсу лікування за призначенням лікуючого лікаря.

**Хто надає:** лікарі-психологи, лікарі-психотерапевти, клінічні психологи чи психотерапевти індивідуально або в складі мультидисциплінарної команди в межах надання медичної допомоги (екстреної, первинної, спеціалізованої, санаторно-курортної чи паліативної).

**Направлення:** за направленням лікуючого лікаря або надавача психосоціальної допомоги первинного рівня.

### ПСД третинного рівня

#### Обсяг:

- відновлення або компенсація порушених психічних функцій та особистісних властивостей і системи стосунків;
- створення умов для повноцінного виходу із психологічної кризи, відновлення працездатності, боєздатності та адаптивних механізмів;
- надання психологічної та психосоціальної допомоги і підтримки допомоги членам сім'ї отримувача послуг.

**Хто надає:** як комплексна психологічна допомога в реабілітації із застосуванням методів психологічної та психотерапевтичної допомоги у формах психотерапії, психологічного консультування у складі мультидисциплінарної команди відповідно до ЗУ «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я»<sup>9</sup>.

**Направлення:** за направленням лікуючого лікаря або надавача психосоціальної допомоги первинного рівня.

Перелік конкретних психосоціальних послуг та обсяг їх надання визначає **надавач ПСД** за результатами **психологічної діагностики** отримувача допомоги. При цьому враховуються **стан психічного здоров'я** людини та індивідуальні потреби.

### Спосіб надання та завдання ПСД

Психосоціальна допомога може надаватись у різних формах — від екстреної підтримки до тривалої психотерапії. У таблиці нижче узагальнено основні способи та завдання надання ПСД, визначені наказом МОЗ України «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню» від 13 грудня 2023 року № 2118.

**Таблиця 4. Способи надання психосоціальної допомоги: отримувачі та основні завдання**

<b>СПОСІБ НАДАННЯ ПСД</b>	<b>КОМУ НАДАЄТЬСЯ</b>	<b>ЗАВДАННЯ</b>
<b>Психологічна діагностика</b>	Усім отримувачам ПСП	Проводиться на початку та наприкінці надання ПСД, а також за потреби в процесі її надання з метою обрання або корегування способу надання, методу та обсягу психосоціальної допомоги
<b>Перша психологічна допомога</b>	Особі, яка її потребує, невідкладно після травмуючої події (подій), кризових ситуацій або катастроф, які вона пережила	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) первинна оцінка стану особи, яка постраждала внаслідок надзвичайної ситуації, травмуючої події (подій), кризової ситуації або катастрофи (психологічна діагностика);</li> <li>2) надання екстреної (кризової) психологічної допомоги особі, забезпечення стабілізації її емоційного стану та підтримка функціонування;</li> <li>3) попередження розвитку психічних і поведінкових розладів або інших проблем психічного здоров'я;</li> <li>4) направлення, у разі потреби, по отримання інших рівнів та інших видів психологічної допомоги;</li> <li>5) надання психологічної допомоги членам сім'ї особи;</li> <li>6) надання психологічної допомоги іншим особам, що здійснюють догляд за пацієнтом, який потребує паліативної допомоги</li> </ol>
<b>Кризове психологічне консультування</b>	Невідкладно особі, яка потребує її та перебуває в кризовому стані (що включає суїцидальні думки, наміри або поведінку, інші стани, які загрожують життю, здоров'ю, добробуту особи та/або її оточенню)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) первинна оцінка стану особи, яка перебуває в невідкладному стані, у кризовому стані (що включає суїцидальні думки, наміри або поведінку, інші стани, які загрожують життю, здоров'ю, добробуту особи та/або її оточенню);</li> <li>2) надання негайної підтримки особі, забезпечення стабілізації її емоційного стану та поведінки;</li> <li>3) попередження спричинення шкоди собі або іншим особам;</li> </ol>

		<p>4) попередження розвитку психічних і поведінкових розладів, інших проблем психічного здоров'я;</p> <p>5) супровід особи протягом стабілізації її стану;</p> <p>6) направлення, у разі потреби, по отримання інших видів психологічної допомоги;</p> <p>7) надання підтримки членам сім'ї особи</p>
<p><b>Психологічне консультування</b></p>	<p>Особі або групі осіб за запитом або за направленням лікуючого лікаря або надавача психосоціальної допомоги первинного рівня особам, які потребують емоційної підтримки в складних життєвих обставинах, підтримки в прийнятті життєвих рішень або психологічної просвіти (психоосвіти) щодо станів власного психічного здоров'я або психічного здоров'я близьких осіб</p>	<p>1) аналіз запиту особи та оцінка стану особи;</p> <p>2) допомога особі в подоланні психічних, психосоціальних, емоційних, поведінкових проблем та інших проблем психічного здоров'я;</p> <p>3) допомога особам, які потребують емоційної підтримки в складних життєвих обставинах, підтримки в прийнятті життєвих рішень або психологічної просвіти (психоедукації) щодо станів власного психічного здоров'я або психічного здоров'я членів сім'ї;</p> <p>4) направлення, у разі потреби, по отримання інших видів психологічної допомоги;</p> <p>5) надання допомоги членам сім'ї особи в подоланні емоційного вигорання та втоми від співчуття під час реабілітаційної допомоги;</p> <p>6) надання психологічної допомоги членам сім'ї особи;</p> <p>7) надання психологічної допомоги іншим особам, що здійснюють догляд за пацієнтом, який потребує паліативної допомоги;</p> <p>8) надання допомоги членам мультидисциплінарної команди щодо психологічної підтримки особи, яка потребує реабілітації, та членам її сім'ї;</p>

		<p>9) надання допомоги медичним працівникам закладів охорони здоров'я під час надання паліативної допомоги щодо психологічної підтримки особи, яка потребує паліативної допомоги, членів її сім'ї та осіб, які здійснюють догляд за нею</p>
<p><b>Психотерапія</b></p>	<p>Особі або групі осіб за направленням від лікуючого лікаря або надавача психосоціальної допомоги первинного рівня, особам, які потребують попередження розвитку психічних і поведінкових розладів, інших проблем психічного здоров'я, та стабілізації психічного здоров'я під час надання спеціалізованої медичної допомоги, санаторно-курортного лікування, реабілітаційної допомоги, а також під час надання паліативної допомоги</p>	<p>1) оцінка стану особи, яка звернулась по допомогу, психологічна діагностика;</p> <p>2) застосування науково обґрунтованих психотерапевтичних методів (методів психотерапії) для стабілізації психоемоційного стану;</p> <p>3) підтримка стабільного психоемоційного стану під час лікування психічних, поведінкових розладів;</p> <p>4) підтримка стабільного психоемоційного стану під час чи після лікування або реабілітації для підтримання стійкого стану ремісії;</p> <p>5) робота з особою над досягненням її цілей відновлення;</p> <p>6) взаємодія з іншими спеціалістами в разі потреби надання комплексної допомоги з дотриманням вимог щодо конфіденційності;</p> <p>7) направлення, у разі потреби, по отримання інших видів психологічної допомоги</p>
<p><b>Психологічна допомога в роботі мультидисциплінарної реабілітаційної команди (надається відповідно до вимог ЗУ «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я»)</b></p>	<p>Особі з обмеженнями повсякденного функціонування та/або особі, у якої захворювання, травми, вроджені порушення або інші стани здоров'я можуть призвести до обмеження повсякденного функціонування або стійкого обмеження життєдіяльності</p>	<p>1) діагностика психологічного стану особи, яка потребує реабілітації, та складення психологічної частини індивідуального реабілітаційного плану;</p> <p>2) надання першої психологічної допомоги особі, яка потребує реабілітації, та членам її сім'ї;</p> <p>3) допомога особі, яка потребує реабілітації, у визначенні та розумінні мети і завдань реабілітації;</p>

	<p>4) підтримка та відновлення функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній і духовній сферах;</p> <p>5) психотерапія депресивних, тривожних, адаптаційних, гострих стресових і посттравматичних стресових розладів, які виникли внаслідок хвороби / травми, участі в бойових діях, надзвичайних ситуацій, полону, перебування в місцях позбавлення волі тощо;</p> <p>6) допомога особі, яка потребує реабілітації, у встановленні життєвих цілей і підтримки досягнутого прогресу реабілітації після закінчення реабілітаційного процесу;</p> <p>7) психотерапія, психоедукація та підтримка особи, яка потребує реабілітації, та членів її сім'ї;</p> <p>8) психотерапія членів сім'ї особи, яка потребує реабілітації, націлена на втому від співчуття та емоційне вигорання;</p> <p>9) робота з іншими членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди щодо психологічної підтримки особи, яка потребує реабілітації, та членів її сім'ї</p>
--	--

У разі психотерапії депресивних, тривожних, адаптаційних, гострих стресових і посттравматичних стресових розладів, які виникли внаслідок хвороби / травми, участі в бойових діях або надзвичайних ситуацій, полону, окупації, інших станів здоров'я, що можуть призвести до обмеження повсякденного функціонування, **психолог повинен мати обов'язкову додаткову спеціалізацію (сертифікацію) за одним із методів психотерапії** з доведеною ефективністю, що мають доказову базу міжнародних досліджень і рекомендовані міжнародними протоколами.

## 2.3. Кваліфікаційні характеристики фахівців у сфері психічного здоров'я

Наказ МОЗ «Про затвердження змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»» від 25 січня 2023 р. № 138 доповнив перелік професій<sup>10</sup> у сфері психічного здоров'я двома професіями в галузі лікувальної справи: «Лікар-психолог» і «Лікар-психотерапевт»; і трьома професіями для фахівців із вищою немедичною освітою із психологічної допомоги та духовної опіки: «Клінічний психолог», «Психотерапевт» і «Капелан в охороні здоров'я».

Нижче наведено кваліфікаційні вимоги для кожної зі вказаних професій.

### Професіонали в галузі лікувальної справи

Таблиця 5. Кваліфікаційні вимоги до лікаря-психолога

63. ЛІКАР-ПСИХОЛОГ: КВАЛІФІКАЦІЙНІ ВИМОГИ			
ЗАГАЛЬНІ ВИМОГИ			
<p>Вища освіта другого (магістерського) рівня в галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медична психологія» або «Медична та психологічна реабілітація» або освітньо-кваліфікаційний рівень спеціаліст (магістр) у галузі знань «Медицина» за спеціальністю «Медична психологія». Проходження інтернатури за спеціальністю «Медична психологія». У разі здобуття вищої освіти другого (магістерського) рівня в галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медицина» або «Педіатрія» або освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст (магістр) у галузі знань «Медицина» за спеціальністю «Лікувальна справа» або «Педіатрія» вимагається проходження інтернатури за однією з лікарських спеціальностей, крім спеціальностей стоматологічного, медико-профілактичного, лабораторного профілю, з подальшою спеціалізацією за фахом «Медична психологія». Безперервний професійний розвиток.</p>			
ВИМОГИ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ КВАЛІФІКАЦІЇ			
Лікар-психолог вищої кваліфікаційної категорії	Лікар-психолог I кваліфікаційної категорії	Лікар-психолог II кваліфікаційної категорії	Лікар-психолог
Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста і посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 10 років	Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста і посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 7 років	Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста і посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 5 років	Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста з цієї спеціальності. Без вимог до стажу роботи

**Таблиця 6. Кваліфікаційні вимоги до лікаря-психотерапевта**

<b>64. ЛІКАР-ПСИХОТЕРАПЕВТ: КВАЛІФІКАЦІЙНІ ВИМОГИ</b>			
<b>ЗАГАЛЬНІ ВИМОГИ</b>			
<p>Вища освіта другого (магістерського) рівня в галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медицина» або «Педіатрія» або освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст (магістр) у галузі знань «Медицина» за спеціальністю «Лікувальна справа» або «Педіатрія». Проходження інтернатури за спеціальністю «Психіатрія», або «Неврологія», або «Внутрішні хвороби», або «Загальна практика — сімейна медицина» з подальшою спеціалізацією за фахом «Психотерапія». У разі здобуття вищої освіти другого (магістерського) рівня в галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медична психологія» або «Медична та психологічна реабілітація» або освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст (магістр) у галузі знань «Медицина» за спеціальністю «Медична психологія» вимагається проходження інтернатури за спеціальністю «Медична психологія», спеціалізації за фахом «Психіатрія» з подальшою спеціалізацією за фахом «Психотерапія». Безперервний професійний розвиток.</p>			
<b>ВИМОГИ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ КВАЛІФІКАЦІЇ</b>			
<b>Лікар-психотерапевт вищої кваліфікаційної категорії</b>	<b>Лікар-психотерапевт I кваліфікаційної категорії</b>	<b>Лікар-психотерапевт II кваліфікаційної категорії</b>	<b>Лікар-психотерапевт</b>
<p>Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста і посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 10 років</p>	<p>Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста і посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 7 років</p>	<p>Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста і посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 5 років</p>	<p>Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста з цієї спеціальності. Без вимог до стажу роботи</p>

## Професіонали з вищою немедичною освітою з психологічної допомоги та духовної опіки у сфері охорони здоров'я

Таблиця 7. Кваліфікаційні вимоги до клінічного психолога

<b>1. КЛІНІЧНИЙ ПСИХОЛОГ: КВАЛІФІКАЦІЙНІ ВИМОГИ</b>			
<b>ЗАГАЛЬНІ ВИМОГИ</b>			
Вища освіта другого (магістерського) рівня в галузі знань «Соціальні та поведінкові науки» за спеціальністю «Психологія» або освітньо-кваліфікаційний рівень спеціаліст (магістр) у галузі знань «Соціально-політичні науки» за спеціальністю «Психологія». Спеціалізація за фахом «Клінічна психологія». Безперервний професійний розвиток			
<b>ВИМОГИ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ КВАЛІФІКАЦІЇ</b>			
<b>Клінічний психолог вищої кваліфікаційної категорії</b>	<b>Клінічний психолог I кваліфікаційної категорії</b>	<b>Клінічний психолог II кваліфікаційної категорії</b>	<b>Клінічний психолог</b>
Наявність сертифіката спеціаліста і посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 10 років	Наявність сертифіката спеціаліста і посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 7 років	Наявність сертифіката спеціаліста і посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 5 років	Наявність сертифіката спеціаліста з цієї спеціальності. Без вимог до стажу роботи

До роботи на посаді клінічного психолога допускаються особи, які здобули вищу освіту другого (магістерського) рівня за спеціальністю «053 Психологія», із умовою до 01 січня 2026 року пройти спеціалізацію за фахом «Клінічна психологія».

Таблиця 8. Кваліфікаційні вимоги до психотерапевта

<b>2. ПСИХОТЕРАПЕВТ: КВАЛІФІКАЦІЙНІ ВИМОГИ</b>			
<b>ЗАГАЛЬНІ ВИМОГИ</b>			
Вища освіта другого (магістерського) рівня в галузі знань «Соціальні та поведінкові науки» за спеціальністю «Психологія» або освітньо-кваліфікаційний рівень спеціаліст (магістр) у галузі знань «Соціально-політичні науки» за спеціальністю «Психологія». Спеціалізація за фахом «Клінічна психологія» з подальшою спеціалізацією за фахом «Психотерапія». Безперервний професійний розвиток.			
<b>ВИМОГИ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ КВАЛІФІКАЦІЇ</b>			
<b>Психотерапевт вищої кваліфікаційної категорії</b>	<b>Психотерапевт I кваліфікаційної категорії</b>	<b>Психотерапевт II кваліфікаційної категорії</b>	<b>Психотерапевт</b>
Наявність сертифіката спеціаліста і посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 10 років	Наявність сертифіката спеціаліста і посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 7 років	Наявність сертифіката спеціаліста і посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 5 років	Наявність сертифіката спеціаліста з цієї спеціальності. Без вимог до стажу роботи

Таблиця 9. Кваліфікаційні вимоги до капелана в охороні здоров'я

<b>3. КАПЕЛАН В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я: КВАЛІФІКАЦІЙНІ ВИМОГИ</b>			
<b>ЗАГАЛЬНІ ВИМОГИ</b>			
Вища освіта другого (магістерського) рівня в галузі знань «Богослов'я» за спеціальністю «Богослов'я». Спеціалізація керівного рівня за фахом «Клінічне душпастирство». Безперервний професійний розвиток.			
<b>ВИМОГИ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ КВАЛІФІКАЦІЇ</b>			
<b>Капелан в охороні здоров'я вищої кваліфікаційної категорії</b>	<b>Капелан в охороні здоров'я I кваліфікаційної категорії</b>	<b>Капелан в охороні здоров'я II кваліфікаційної категорії</b>	<b>Капелан в охороні здоров'я</b>
Наявність сертифіката капелана в охороні здоров'я та посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії за фахом «Клінічне душпастирство». Стаж роботи за фахом — понад 10 років	Наявність сертифіката капелана в охороні здоров'я та посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії за фахом «Клінічне душпастирство». Стаж роботи за фахом — понад 7 років	Наявність сертифіката капелана в охороні здоров'я та посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії за фахом «Клінічне душпастирство». Стаж роботи за фахом — понад 5 років	Наявність сертифіката капелана в охороні здоров'я. Без вимог до стажу роботи

До роботи на посаді капелана в охороні здоров'я допускаються особи, які здобули вищу освіту не нижче першого (бакалаврського) рівня за спеціальністю «Богослов'я», із умовою до 01 січня 2026 року пройти спеціалізацію за фахом «Клінічне душпастирство».

## 2.4. Типове положення про психологічну службу в ЗОЗ

Під час розроблення положення про психологічну службу в ЗОЗ слід визначити:

- завдання і функції служби;
- організаційну структуру;
- матеріально-технічне забезпечення;
- кадрове наповнення;
- особливості організації робочих процесів.

Усі ці елементи мають відповідати основним принципам надання психологічної та психосоціальної допомоги.

Приклад Положення про психологічну службу, який може бути адаптований під потреби конкретного ЗОЗ, наведено у Додатках.

Положення психологічної служби може орієнтуватись на окремі принципи та структурні елементи Типового положення про Центр психічного здоров'я в ЗОЗ, затвердженого наказом МОЗ від 25.10.2024 № 1796<sup>11</sup>, у тій частині, яка не суперечить повноваженням і функціям психологічної служби.

Якщо заклад охорони здоров'я **не надає спеціалізованої психіатричної допомоги** або не має у своєму штаті лікаря-психіатра, положення, що стосуються психіатричної допомоги (клінічна діагностика, призначення лікування, мобільні мультидисциплінарні команди, ведення медикаментозної терапії тощо) **не включаються до Положення про психологічну службу** та реалізуються в межах інших підрозділів ЗОЗ.

У такому разі психологічна служба забезпечує:

- психологічну та психосоціальну допомогу;
- виявлення випадків, що потребують психіатричної оцінки;
- ініціювання направлення до лікаря-психіатра;
- психологічний і психосоціальний супровід пацієнтів, які отримують психіатричну допомогу в інших підрозділах або закладах.

Якщо ЗОЗ **надає амбулаторну або стаціонарну психіатричну допомогу** і має відповідну ліцензію, положення може передбачати взаємодію психологічної служби з лікарями-психіатрами, у тому числі участь фахівців служби у мультидисциплінарних командах. Так, психологічна служба співпрацює із психіатричною службою, але **не дублює її функцій**.

#### **Орієнтовний перелік завдань психологічної служби:**

1. Планування та організація діяльності з питань надання психологічної та психосоціальної допомоги пацієнтам відповідно до вимог законодавства та галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.
2. Організація надання психосоціальної допомоги первинного та/або вторинного рівня в амбулаторних та/або стаціонарних умовах.
3. Взаємодія з психіатричною службою у випадках, коли стан пацієнта потребує психіатричної оцінки або лікування, включно з участю у роботі мультидисциплінарних команд (для ЗОЗ, які надають спеціалізовану допомогу).

**Мультидисциплінарну команду (МДК)** для надання амбулаторної психіатричної допомоги пацієнту може створювати керівник ЗОЗ із-поміж персоналу служби, а саме: лікаря-психіатра або лікаря-психіатра дитячого; надавача психосоціальної допомоги вторинного рівня (лікаря-психолога, лікаря-психотерапевта, клінічного психолога (психолога), психотерапевта, соціального працівника / фахівця із соціальної роботи (за потреби), сестри медичної).

1. Ведення облікової та звітної документації, складання звітів і подання їх керівнику ЗОЗ.
2. Забезпечення дотримання працівниками, пацієнтами та їх законними представниками (за наявності) прав людини.

#### **Орієнтовний перелік функцій психологічної служби:**

1. Надання психосоціальної допомоги первинного та/або вторинного рівнів в амбулаторних та/або стаціонарних умовах особам із проблемами психічного здоров'я (див. *Перелік психосоціальних послуг з надання психосоціальної допомоги*<sup>6</sup>).
2. Сприяння доступу пацієнтів до психіатричної допомоги та взаємодія з лікарем-психіатром у межах клінічних процесів (за наявності відповідної служби в ЗОЗ).
3. Участь психологів у роботі мультидисциплінарних команд (за наявності) у межах своєї компетенції.
4. Промоція важливості збереження психічного здоров'я.
5. Використання валідних методів психологічної діагностики, які можуть використовуватись для проведення психологічної діагностики та оцінки якості психологічної допомоги<sup>7</sup>.
6. Забезпечення високого професійного рівня фахівців; сприяння професійному розвитку, колегіальності, взаємній повазі та взаємодопомозі, безумовному дотриманню вимог законодавства України і норм фахової та професійної етики.
7. Аналіз показників (статистичних, соціологічних, фінансових) і вжиття відповідних заходів щодо їх покращення.
8. Забезпечення захисту прав і інтересів пацієнтів під час надання психосоціальної та психіатричної допомоги, розгляд скарг і звернень від пацієнтів.
9. Забезпечення взаємозв'язку та послідовності в роботі між надавачами первинної медичної

допомоги, лікарями-спеціалістами служби та іншими спеціалістами ЗОЗ, що долучені до психологічної та психосоціальної допомоги пацієнту.

10. Надання інформації пацієнту про можливість отримання соціальних послуг, пов'язаних із відновленням і підтриманням психічного здоров'я (підтриманого проживання, консультування, соціальної профілактики, представництва інтересів, соціальної адаптації та інших соціальних послуг).

11. У разі потреби — забезпечення пацієнтів соціальними послугами, пов'язаними із соціально-психологічною підтримкою, та співпраця із суб'єктами системи надання соціальних послуг.

12. Співпраця із суб'єктами, що здійснюють заходи у сфері запобігання та протидії домашньому насильству і насильству за ознакою статі.

## Орієнтовна структура психологічної служби

Приміщення та розміщення психологічної служби в ЗОЗ повинні відповідати принципам безбар'єрності. Кількість приміщень і кабінетів має бути достатньою для забезпечення виконання всіх завдань і функцій служби відповідно до її організаційної моделі.

### Обов'язкові приміщення психологічної служби:

- кабінет (кімната) для індивідуального надання психологічної / психосоціальної допомоги;
- кабінет (кімната) для надання сімейної або групової психологічної / психосоціальної допомоги;
- зона очікування для відвідувачів.

### Додаткові приміщення (за потреби та відповідно до обсягу допомоги):

- рецепція (окрема реєстратура або приймальня);
- кабінети для надання психіатричної допомоги;
- маніпуляційний кабінет;
- палата (палати) для стаціонарного перебування;
- кімната для зберігання медичних виробів і лікарських засобів;
- кімната психологічного розвантаження для працівників служби.

Штатний розпис та організаційну структуру психологічної служби затверджує керівник ЗОЗ відповідно до профілю закладу, обсягу послуг і кадрових ресурсів.

Функціональна модель психологічної служби з описом рівнів участі персоналу наведена в розділі 3.1.

У деяких випадках психологічна служба може функціонувати не як окремий підрозділ, а як **інтегрована мережа фахівців різного підпорядкування**, які спільно реалізують психологічну та психосоціальну допомогу в закладі.

Структура психологічної служби формується відповідно до моделі організації допомоги в ЗОЗ і може включати психологів, клінічних психологів, лікарів-психологів, психотерапевтів, соціальних працівників, фахівців із супроводу ветеранів та інших фахівців із психічного здоров'я.

Лікарі-психіатри **не входять** до складу психологічної служби, але можуть бути залучені до роботи МДК і взаємодіяти зі службою в межах клінічних процесів.

Уся діяльність персоналу регламентується посадовими інструкціями, відповідно до чинного законодавства, внутрішніх положень ЗОЗ і рекомендацій, викладених у нормативних документах МОЗ.

## 2.5. Узгодження стандартів надання послуг із питань ПЗПСП з міжнародними стандартами: WHO mhGAP, SPHERE, IASC

### Відповідність національних стандартів у сфері охорони здоров'я міжнародним принципам

Відповідно до ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я»<sup>12</sup>, до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я належать:

- **стандарт медичної допомоги** (медичний стандарт) — сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду, які розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки і практики;
- **клінічний протокол** — уніфікований документ, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних методів надання медичної допомоги та їх послідовність;
- **протокол надання реабілітаційної допомоги** — уніфікований документ, що визначає вимоги до реабілітаційних заходів і їх послідовність відповідно до напрямів реабілітації у сфері охорони здоров'я з урахуванням сучасного рівня розвитку міжнародної реабілітаційної науки і практики;
- **табелі матеріально-технічного оснащення** — документ, що визначає мінімальний перелік обладнання, устаткування та засобів, необхідних для оснащення конкретного типу закладу охорони здоров'я, його підрозділу, а також для забезпечення діяльності фізичних осіб — підприємців, які провадять господарську діяльність із медичної практики за певною спеціальністю (спеціальностями) та/або мають право на надання реабілітаційної допомоги згідно із законодавством;
- **лікарський формуляр** — перелік зареєстрованих в Україні лікарських засобів, що включає ліки з доведеною ефективністю, допустимим рівнем безпеки, використання яких є економічно прийнятним;
- **стандарт реабілітаційної допомоги** — сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання реабілітаційної допомоги відповідного напрямку реабілітації у сфері охорони здоров'я, які розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки і доказових методів реабілітації.

Ці документи є основою для розробки, запровадження та моніторингу якості медичних послуг, включно з послугами у сфері психічного здоров'я. Саме на їх основі формується нова система стандартів у сфері ПЗПСП.

В Україні триває **реформа системи стандартизації медичної допомоги**, що ґрунтується на:

- запровадженні клінічних настанов;
- створенні уніфікованих клінічних протоколів;
- розробці локальних протоколів на рівні ЗОЗ;
- застосуванні методів доказової медицини.

**Державний експертний центр МОЗ України** забезпечує доступ до міжнародних джерел знань і ресурсів, зокрема через участь у міжнародній мережі **G-I-N (Guidelines International Network)**, яка займається впровадженням методологій створення клінічних настанов і стандартів медичної допомоги.

На сьогодні в Україні затверджено лише **обмежену кількість клінічних протоколів і стандартів у сфері психічного здоров'я**, що створює потребу:

- адаптації міжнародних керівництв (зокрема WHO mhGAP, IASC, SPHERE) до національного контексту;
- створення галузевих протоколів з урахуванням специфіки ПЗПСР;
- упровадження уніфікованих маршрутів пацієнтів.



Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Розлади артистичного спектра (розлади загального розвитку)» (наказ МОЗ від 15.06.2015 №341)



Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)» (наказ МОЗ від 25.12.2014 №1003)



Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» (наказ МОЗ від 19.07.2024 №1265)



Новий клінічний протокол медичної допомоги «Ігрова залежність (лудоманія)» (наказ МОЗ від 10.07.2024 №1201)



Стандарт медичної допомоги «Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів» (наказ МОЗ від 11.07.2025 №1102)



Стандарт медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів» (наказ МОЗ від 13.01.2025 №84)

**Рисунок 5. Протоколи та стандарти медичної допомоги при психічних розладах і залежностях**

## Стандарт ВООЗ mhGAP

Стандарт ВООЗ mhGAP містить 48 доказових настанов щодо психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та наркотиків. На сайті Академії НСЗУ є дворівневий навчальний курс «**Ведення поширених психічних розладів на первинному рівні медичної допомоги із використанням керівництва mhGAP**»<sup>13</sup>, присвячений застосуванню цього стандарту. Проходження курсу mhGAP є **обов'язковим** для всіх лікарів ПМД та медичних сестер, які працюють у ЗОЗ, законотрабованих НСЗУ за пакетом «Первинна медична допомога» (див. Розділ 4).

Проходження курсу «Ведення поширених психічних розладів на первинному рівні медичної допомоги із використанням керівництва mhGAP» буде корисним для всіх фахівців із психічного здоров'я.

## Стандарти SPHERE та Керівництво IASC у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки

У контексті надання ПЗПСП в кризових ситуаціях (збройного конфлікту, переміщення населення, надзвичайних ситуацій) міжнародні стандарти відіграють критичну роль у забезпеченні етичності, ефективності та міжсекторальної координації допомоги.

Два ключові документи, які визначають підходи до надання такої підтримки:

### 1. Стандарт SPHERE із психічного здоров'я

Проект SPHERE був створений у 1997 році групою гуманітарних неурядових організацій та Організацією Червоного Хреста та Червоного Півмісяця з метою покращення якості та підзвітності дій з надання гуманітарної допомоги.

Управління Верховного комісара Організації Об'єднаних Націй (ООН) у справах біженців розробило керівництво щодо надзвичайних ситуацій, у якому є розділ, присвячений мультисекторальній взаємодії з питань ПЗПСП у надзвичайних ситуаціях. **Стандарт із психічного здоров'я (SPHERE)**<sup>14</sup> фокусується безпосередньо на секторі охорони здоров'я. Основним його завданням є забезпе-

чення доступу людей будь-якого віку до медичної допомоги, яка спрямована на вирішення проблем ПЗ та пов'язаних із ними порушень функціонування. Цим стандартом передбачається виконання таких ключових заходів.

- ▶ **Координація між секторами.** Забезпечення узгодженості дій усіх залучених структур: охорони здоров'я, соціального захисту, освіти, захисту прав людини.
- ▶ **Оцінка потреб і ресурсів.** Аналіз системи ПЗ, наявності фахівців, послуг, інфраструктури; виявлення прогалин.
- ▶ **Залучення громад.** Співпраця з громадами, включно з маргіналізованими групами, з метою зміцнення самопомоги, соціальних зв'язків і залучення до прийняття рішень.
- ▶ **Підтримка наявних механізмів.** Сприяння функціонуванню ініціатив для жінок, молоді, людей, які живуть із ВІЛ тощо.
- ▶ **Перша психологічна допомога (ППД).** Навчання персоналу та волонтерів базових навичок

психологічної підтримки в умовах стресу.

- ▶ **Базова клінічна психологічна допомога.** Наявність доступної допомоги в кожному медичному закладі.
- ▶ **Підготовка кадрів.** Короткострокове навчання працівників первинної ланки щодо виявлення й лікування пріоритетних психічних розладів.
- ▶ **Системи направлення.** Організація взаємодії між фахівцями ПЗ, сімейними лікарями, службами підтримки.
- ▶ **Психологічні інтервенції для постраждалих від тривалого стресу.** Забезпечення доступу до відповідних послуг у громадах.
- ▶ **Захист прав людей із тяжкими психічними розладами.** У громадах, лікарнях та інтернатних установах — моніторинг, запобігання жорсткому поводженню, створення умов для гідного догляду.
- ▶ **Зменшення шкоди, пов'язаної з алкоголем і наркотиками.** Навчання персоналу методів виявлення проблем, короткострокових втручань і лікування.
- ▶ **Формування сталої системи ПЗ.** Планування тривалої, інтегрованої підтримки ще на етапі реагування та раннього відновлення.

## 2. Керівництво IASC із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації

**Керівництво із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації**<sup>15</sup> розробив Міжвідомчий постійний комітет (IASC), який діє під егідою Управління Верховного комісара ООН у справах біженців. Документ ґрунтується на перерахованих вище ключових заходах і має на меті допомогти гуманітарним організаціям у плануванні, впровадженні та координуванні низки мультисекторальних дій мінімального реагування для захисту і покращення ПЗ та психосоціального благополуччя в надзвичайних ситуаціях.

Створений резолюцією 46/182 Генеральної Асамблеї ООН у 1991 році, **Міжвідомчий постійний комітет** (МПК або IASC) є найстарішим і найвищим форумом з координації гуманітарної діяльності в системі ООН, який об'єднує керівників 19 організацій та консорціумів для формування політики, встановлення стратегічних пріоритетів та мобілізації ресурсів у відповідь на гуманітарні кризи.

Керівництво структурується за шарами інтервенцій, які охоплюють:

- сприяння базовому захисту та соціальній підтримці в громадах;
- мобілізацію неформальних механізмів допомоги;
- забезпечення надання фахової психологічної допомоги;
- доступ до спеціалізованої психіатричної допомоги.

Такий підхід базується на моделі «піраміди» і відображає необхідність міжгалузевої взаємодії для ефективного реагування на потреби різних груп населення (див. Розділ 1).

**Для забезпечення ефективного впровадження підходів, викладених у Керівництві IASC, доцільно використовувати конкретні інструменти моніторингу.** Одним із таких є короткий перелік основних заходів і можливих індикаторів для оцінки їх виконання, який дає змогу відстежувати надання психосо-

ціальної допомоги в надзвичайних ситуаціях, ураховуючи мультисекторальний характер реагування. Цей інструмент ЗОЗ можуть використовувати як основу для внутрішнього моніторингу, а також для координації зусиль між різними секторами (див. *Короткий перелік основних заходів та можливих індикаторів відповідно до Керівництва IASC у додатках*).

Більшість положень вищезгаданих стандартів щодо ПЗ в умовах надзвичайних ситуацій уже певним чином інтегровані в систему надання послуг з охорони здоров'я. Важливими наступними кроками мають стати:

- забезпечення **якості та доступності** послуг із питань ПЗПСП на всіх рівнях надання медичної допомоги;
- проведення **моніторингу процесів**, пов'язаних із наданням послуг із ПЗ на рівні ЗОЗ, що передбачає ведення медичних записів і збір та аналіз інформації щодо: кількості та типу проблем із ПЗ, кількості звернень та перенаправлень, кількості та завантаженості фахівців із ПЗ, їхньої кваліфікаційної підготовки, призначення психіатричних медикаментів, надання послуг ПЗПСП на засадах конфіденційності та поваги до отримувача послуг тощо;
- контроль за **використанням знань і навичок**, отриманих на тренінгах (наприклад, щодо mhGAP), у щоденній роботі, та повторне проходження тренінгів у разі потреби;
- запровадження **обов'язкових супервізій** для фахівців із ПЗ з чіткими механізмами щодо їх кількості, періодичності та фінансування;
- підсилення **інформування** мешканців громад щодо доступності послуг із питань ПЗПСП в громаді та запобігання стигматизації;
- посилення **взаємодії** фахівців із ПЗ з організаціями дотичних секторів (соціальною підтримкою, освітою, підтримкою ветеранів тощо) з метою сприяння комплексному психосоціальному добробуту людей, які переживають тривалий стрес, спричинений війною.

У межах адаптації міжнародних підходів до українського контексту важливу роль відіграють національні ініціативи, спрямовані на інтеграцію психічного здоров'я в усі сектори державної політики. Одним із ключових органів, що координує цю інтеграцію, є **Координаційний центр з психічного здоров'я при Кабінеті Міністрів України**<sup>16</sup>, що є урядовим консультативно-дорадчим органом і забезпечує супровід реалізації Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?»<sup>17</sup> — ініціативи першої леді Олени Зеленської. Мета програми<sup>18</sup> полягає у:

- формуванні навичок піклування про психічне здоров'я серед українців;
- наданні інструментів для подолання тривожних і стресових станів;
- реновації системи психосоціальної підтримки в Україні;
- підвищенні доступності психосоціальних послуг для населення.

Підходи, закладені в програмі, узгоджуються з принципами, викладеними в mhGAP та керівництві IASC, зокрема акцентом на ранню інтервенцію, мультисекторальність, підтримку громад і профілактику.

## Використані джерела та рекомендована література

1. Про систему охорони психічного здоров'я в Україні: Закон України від 15.01.2025 № 4223-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4223-20#Text> (Набуває чинності з 07.02.2026 року)
2. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22.02.2000 № 1489-III: станом на 1 січ. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>
3. Про затвердження Порядку проведення атестації працівників сфери охорони здоров'я та внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України: Наказ МОЗ України від 16.04.2025 № 650. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0824-25#Text>
4. Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню: Наказ МОЗ України від 13.12.2023 № 2118. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0126-24#Text>
5. Порядок надання психосоціальної допомоги та психосоціальних послуг щодо питань психічного здоров'я, у тому числі щодо запобігання суїциду і психосоціального компоненту реабілітації ветеранів війни та інших груп населення: Наказ МОЗ України від 13.12.2023 № 2118. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0127-24#Text>
6. Перелік психосоціальних послуг з надання психосоціальної допомоги: Наказ МОЗ України від 13.12.2023 № 2118. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0127-24#Text>
7. Перелік валідних методів психологічної діагностики, які можуть використовуватися для проведення психологічної діагностики та оцінки якості психологічної допомоги: Наказ МОЗ України від 13.12.2023 № 2118. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0128-24#Text>
8. Перелік методів психотерапії з доведеною ефективністю: Наказ МОЗ України від 13.12.2023 № 2118. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0129-24#Text>
9. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX: станом на 1 січ. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
10. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я». Затверджено наказом МОЗ України від 29.03.2002 № 117. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#n2257>
11. Про затвердження Типового положення про Центр ментального (психічного) здоров'я у закладі охорони здоров'я: Наказ МОЗ України від 25.10.2024 № 1796: станом на 9 груд. 2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1669-24#Text>
12. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII: станом на 27 верес. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
13. Ведення поширених психічних розладів на первинному рівні медичної допомоги із використанням кері. Академія НСЗУ. URL: <https://academy.nszu.gov.ua/course/view.php?id=183>
14. UNHCR | Emergency Handbook. URL: <https://emergency.unhcr.org/sites/default/files/2024-01/4.%20Sphere%20Standard%202.5%20Mental%20Health%202018%20ENGLISH.pdf>
15. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації — Київ: Унів. вид-во ПУЛЬСАРИ, 2017. — 216 с.
16. Координаційний центр з психічного здоров'я Кабінету Міністрів України URL: <https://mentalhealthua.org/>
17. Програма ментального здоров'я. Програма ментального здоров'я | Ти як?. URL: <https://howareu.com/>
18. Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?»: куди звертатися за допомогою. Кабінет Міністрів України. Офіційний сайт. 2023. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/vseukrainska-prohramamentalnoho-zdorovia-ty-ia-kudy-zvertatysia-za-dopomohoju>

# РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЕКОСИСТЕМІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

## 3.1. Функціональна схема організації психологічної служби в ЗОЗ

### Реальний стан організації психологічної допомоги в закладах охорони здоров'я

У більшості закладів охорони здоров'я психологічна допомога вже присутня, однак її організація залишається фрагментованою. Психологи та психотерапевти зазвичай підпорядковуються завідувачам клінічних або амбулаторних підрозділів, працюють окремо й не інтегровані в міждисциплінарні команди. У підрозділах часто є лише один або два фахівці із психічного здоров'я, що обмежує можливість горизонтальної взаємодії та створює нерівномірне навантаження.

За таких умов фахівці зосереджені переважно на щоденній роботі з пацієнтами, рідше – на участі в колегіальних обговореннях складних клінічних випадків. Доступ до супервізій, сучасних методичних підходів і спільного професійного поля теж є обмеженим. Це призводить до різномірності практик, відсутності узгоджених підходів і загальної неузгодженості психологічної роботи між відділеннями.

Фрагментація діяльності знижує якість психологічної допомоги та створює потребу в об'єднанні фахівців у спільну професійну структуру – психологічну службу закладу. Систематична взаємодія, регулярні професійні зустрічі, інтервізії та спільні стандарти роботи є важливою передумовою для підвищення якості підтримки пацієнтів і персоналу.

У таких умовах постає потреба у визначеному фахівці або структурі, які б забезпечували координацію діяльності, розвиток професійного середовища, узгодженість підходів і зв'язок між клінічними підрозділами. Саме тому впровадження формалізованої функціональної схеми організації психологічної служби стає необхідним елементом сучасного ЗОЗ.

### Функціональна схема організації психологічної служби в ЗОЗ

Психологічна служба є інтегрованою професійною системою, яка об'єднує фахівців із психічного здоров'я різних підрозділів закладу охорони здоров'я, забезпечує узгоджену та безперервну психологічну й психосоціальну підтримку пацієнтів, їхніх родин і персоналу. Її діяльність базується на принципах піраміди психосоціальних інтервенцій, нормативних вимогах МОЗ і НСЗУ, а також на міждисциплінарній взаємодії в межах ЗОЗ.

У більшості закладів такі функції вже частково виконуються, однак без формалізованої моделі це відбувається фрагментарно: фахівці працюють ізольовано, маршрути заміщують один одного, а доступ пацієнтів до підтримки залежить від окремих ініціатив. Функціональна схема дає змогу впорядкувати ці процеси, зробити їх прозорими, передбачуваними й інтегрованими в загальний клінічний цикл.

Запропонована функціональна схема організації психологічної служби в ЗОЗ визначає:

- **координацію діяльності фахівців із психічного здоров'я**, які працюють у різних підрозділах;
- **розподіл ролей** між фахівцями та адміністрацією;
- **алгоритми маршрутизації** пацієнтів, які потребують психологічної або психосоціальної допомоги;
- **механізми внутрішньої взаємодії** та комунікації між психологічною службою і клінічними підрозділами;
- **інтеграцію служби в роботу мультидисциплінарної команди**;
- **взаємодію з іншими суб'єктами системи підтримки психічного здоров'я громади**.

Функціональна схема сприяє перетворенню наявної розрізненої діяльності на **цілісний сервіс**, інтегрований у роботу ЗОЗ та узгоджений із клінічними процесами.

### Склад і ключові ролі психологічної служби в ЗОЗ

Функціонування психологічної служби базується на чіткій структурі взаємодії між фахівцями, адміністрацією та клінічними підрозділами. Узгодженість роботи, розподіл ролей і зрозумілі механізми комунікації є основою сталої психосоціальної підтримки пацієнтів, їхніх родин і медичних працівників.

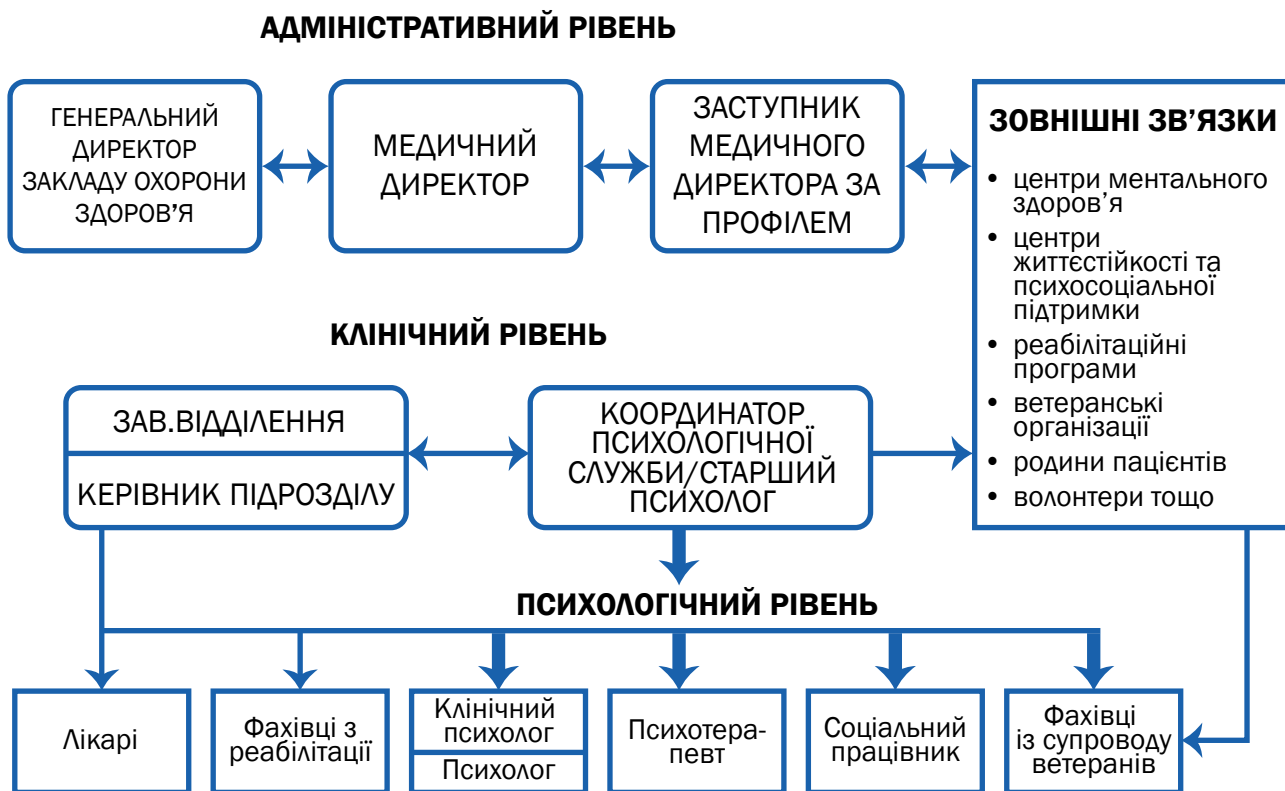


Рисунок 6. Схема взаємодії психологічної служби

**Рекомендований склад психологічної служби включає фахівців, які вже працюють у більшості закладів охорони здоров'я та є частиною реалізації програм медичних гарантій:**

- психолога;
- клінічного психолога;
- психотерапевта;
- соціального працівника.

Кожен із цих фахівців виконує визначені функції відповідно до свого рівня підготовки, а їхня робота координується через єдину функціональну схему.

**Лікар-психіатр не входить до складу психологічної служби**, але може залучатись до МДК та взаємодіяти зі службою в межах клінічних потреб пацієнта.

У структурі психологічної служби окремо виділяється **фахівець із супроводу ветеранів і демобілізованих осіб**. Його роль відрізняється від інших спеціалістів, оскільки охоплює **медичні, психосоціальні та соціально-адміністративні компоненти**, що виходять за межі звичайної клінічної взаємодії.

Цей фахівець:

- інтегрований у систему психологічної та соціальної підтримки ветеранів у закладі;
- забезпечує координацію між підрозділами лікарні, психологами, психотерапевтами, соціальними працівниками та лікарями;
- узгоджує медико-психологічні маршрути та створює безперервний шлях підтримки від клініки до громади;
- працює як комунікаційний міст між сім'єю, медичними відділеннями та зовнішніми сервісами;
- сприяє адаптації та реінтеграції ветеранів, включаючи скерування до ресурсів громади.

У структурному плані фахівець із супроводу ветеранів:

- входить до складу психологічної служби;
- співпрацює з координатором або старшим психологом;
- може адміністративно підпорядковуватись медичному директору або його заступнику з реабілітаційного напрямку, зберігаючи функціональну належність до команди психологічного супроводу.

На відміну від основних позицій психологічної служби, які виконують переважно фахові клінічні або психотерапевтичні функції, фахівець із супроводу ветеранів виконує **комплексну координаційну та навігаційну роль**, яка поєднує:

- роботу в медичній системі;
- роботу із психосоціальними потребами ветеранів;
- взаємодію із соціальними службами та ресурсами громади;
- підтримку сімей;
- організаційні та комунікаційні завдання.

## Вертикаль підпорядкування та управління роботою служби

Психологічна служба інтегрується в управлінську структуру закладу охорони здоров'я та зазвичай підпорядковується медичному директору або визначеному заступнику керівника. Такий формат забезпечує включення служби в організаційні процеси, її участь у прийнятті рішень і можливість впливати на якість медичної допомоги.

У межах самої служби ключову роль у внутрішньому управлінні відіграє **координатор психологічної служби (старший психолог)**. Запровадження цієї посади є стратегічною потребою сучасного закладу, оскільки координатор забезпечує узгодженість роботи, розвиток професійних стандартів і якісну комунікацію між фахівцями й адміністрацією.

Координатор виконує організаційні, методичні та комунікаційні завдання, зокрема:

- планує роботу служби та розподіляє навантаження між психологами, психотерапевтами і фахівцями із супроводу ветеранів;
- організовує спільні наради, супервізії, інтервізії та методичні зустрічі;
- упроваджує єдині стандарти оцінювання та ведення психологічних випадків;
- підтримує комунікацію з адміністрацією щодо кадрових, матеріальних і навчальних потреб служби;
- представляє психологічну службу в зовнішніх партнерських мережах, професійних спільнотах і навчальних програмах.

Координатор зазвичай підпорядковується заступнику керівника з медичної частини або іншій посадовій особі, відповідальній за клінічну роботу. Водночас він зберігає **функціональну автономію** в питаннях професійного змісту психологічної діяльності. Це дає змогу поєднати адміністративну підзвітність із фаховою незалежністю та забезпечити гнучкість у прийнятті рішень.

Чітко визначене місце координатора в структурі закладу сприяє прозорості комунікації, ефективному розподілу обов'язків і сталості професійних стандартів. Завдяки цьому субординація всередині служби є зрозумілою: координатор відповідає за узгодженість роботи фахівців, взаємодію з підрозділами та впровадження спільних підходів.

## Горизонтальні взаємодії в межах закладу

Горизонтальні взаємодії є важливою складовою функціональної схеми психологічної служби та визначають, наскільки повно психологічна підтримка інтегрована в щоденну роботу лікарні. Це про те, як психологи включаються в діяльність відділень, як будуються робочі зв'язки між командами та як забезпечується єдність підходів у різних точках надання допомоги.

Психологічна служба працює в тісній взаємодії з клінічними та немедичними підрозділами закладу. Запити на психологічне оцінювання, консультування чи супровід виникають у різних відділеннях — терапевтичних, хірургічних, неврологічних, реабілітаційних, паліативних, приймальному й інших. Тому психологи мають бути доступними не лише «за графіком», а й у контексті реальних потреб відділень.

Такі взаємодії охоплюють і роботу за індивідуальними запитами, і участь у командному обговоренні клінічних ситуацій, коли психологічний компонент є важливим для ведення випадку.

## **Роль координатора в підтримці горизонтальної взаємодії**

Координатор психологічної служби (старший психолог) є ключовою ланкою, яка організовує та підтримує співпрацю з відділеннями. Він є точкою входу для запитів, визначає пріоритети, узгоджує навантаження і допомагає зрозуміти, якому фахівцю найкраще доручити конкретний випадок.

Координатор також працює з керівниками відділень для того, щоб:

- уточнити характер запиту;
- визначити терміновість або потребу мультидисциплінарного втручання;
- вирішити, коли потрібне включення лікаря-психіатра, а коли достатньою є психологічна чи психотерапевтична підтримка.

Таким чином забезпечуються узгодженість рішень та оптимальне використання фахових ресурсів.

## **Інтеграція психологічної служби в щоденні процеси лікарні**

Для ефективної роботи психологи мають бути включені в усі основні процеси, де психологічні потреби пацієнтів чи персоналу можуть відігравати вирішальну роль. Це означає:

- участь у мультидисциплінарних консилиумах і клінічних розборах;
- залученість у планування реабілітаційних програм;
- участь у спостереженні та управлінні складними клінічними випадками;
- включення в програми підтримки персоналу (профілактика вигорання, кризове реагування);
- участь у розробці внутрішніх алгоритмів реагування у випадках кризових чи критичних ситуацій.

Таке включення забезпечує своєчасне реагування на психологічні та поведінкові фактори, які можуть впливати на одужання, дотримання лікування або взаємодію пацієнта з медичною командою.

Коли психологи беруть участь у клінічних обговореннях, їхня робота стає частиною лікувального процесу, а не «паралельною послугою».

## **Внутрішня комунікація як умова ефективної взаємодії**

Горизонтальна взаємодія потребує для своєї ефективності постійного інформування персоналу про можливості психологічної служби. Медичні працівники мають знати:

- у яких випадках варто звертатись до психолога;
- які форми допомоги доступні;
- який вигляд має процедура скерування;
- які спадкові або кризові стани потребують обов'язкового залучення фахівця з ментального здоров'я.

Для цього служба може використовувати різні формати: короткі інформаційні довідки, внутрішні розсилки, презентації у відділеннях, участь психологів у ранкових нарадах і конференціях.

Без належної комунікації навіть найкраща служба працюватиме фрагментарно, бо персонал просто не знатиме, коли і як залучати психологів.

### Узгоджені стандарти роботи як основа горизонтальної співпраці

Єдині стандарти роботи забезпечують передбачуваність і сталість психологічної допомоги незалежно від того, у якому відділенні виник запит. До них належать:

- спільні принципи ведення випадку;
- алгоритми реагування на запити пацієнтів і персоналу;
- базові інструменти для первинної оцінки (скрінінги, чеклісти, опитувальники);
- правила ведення документації;
- стандарти комунікації між підрозділами;
- дотримання етичних норм і конфіденційності;
- регулярні супервізії та інтервізії для фахівців.

Ці стандарти роблять діяльність психологічної служби цілісною та передбачуваною, а співпрацю з іншими підрозділами — ефективною.

Таким чином, горизонтальна взаємодія — це фундамент для роботи психологічної служби в лікарні. Вона робить психологічну підтримку доступною, своєчасною й інтегрованою в клінічні та організаційні процеси. Це той рівень зв'язків, який дає можливість перейти від «точкових утручань психолога» до системної, передбачуваної та сталої роботи всієї служби.

### Маршрутизація пацієнтів і внутрішні механізми перенаправлення

Маршрутизація є ключовим елементом функціональної схеми психологічної служби та забезпечує **чіткий, передбачуваний шлях одержання психологічної підтримки** в закладі охорони здоров'я. Вона визначає, як пацієнти, їхні родини та медичний персонал можуть ініціювати звернення і як служба реагує на такі запити.

Основою маршрутизації є можливість **мультипунктуального входу**: звернення можуть ініціювати сам пацієнт, його родина, лікар чи інший медичний працівник. Після отримання запиту психологічна служба проводить первинне оцінювання, визначає рівень потреби і вирішує, який фахівець має бути залучений — психолог, психотерапевт, соціальний працівник чи фахівець із супроводу ветеранів.

Усі подальші кроки — оцінювання, надання підтримки, супровід і можливе скерування до зовнішніх сервісів — мають здійснюватись послідовно та відповідно до встановлених у закладі процедур. Це забезпечує узгодженість рішень, своєчасне включення відповідних фахівців і стабільну якість психологічної допомоги.

Маршрутизація працює ефективно лише тоді, коли всі підрозділи закладу знають, **коли і як** скеровувати пацієнта до психологічної служби, а алгоритм доступу є чітким і однаковим для всіх.

## Зовнішня взаємодія та партнерства

Зовнішня взаємодія є важливою складовою роботи психологічної служби, оскільки забезпечує **етапність, комплексність і безперервність підтримки** для пацієнтів та їхніх родин. Жоден заклад охорони здоров'я не може повністю охопити весь спектр психосоціальних потреб, тому співпраця з іншими структурами є невід'ємною частиною функціональної схеми.

Психологічна служба має підтримувати робочі зв'язки з ключовими установами й організаціями у сфері психічного здоров'я і соціальної підтримки. До таких партнерів належать:

- **центри ментального (психічного) здоров'я** — для продовження консультативної, психотерапевтичної чи психіатричної підтримки;
- **центри надання соціальних послуг** — якщо потреби пацієнта виходять за межі суто клінічного супроводу;
- **реабілітаційні установи і соціально-реабілітаційні центри** — для відновлення функціонування та адаптації;
- **кризові та підтримувальні сервіси** — у випадках гострих станів або потреби невідкладних утручань;
- **громадські та ветеранські організації** — для забезпечення додаткових програм підтримки, реінтеграції, соціальної адаптації.

У таких випадках психологічна служба відіграє роль координатора маршруту пацієнта, допомагаючи організувати перехід між рівнями підтримки й уникнути «випадання» людини із системи допомоги.

Зовнішня взаємодія є не «опцією», а частиною комплексної допомоги. Вона гарантує, що підтримка не завершується в стінах закладу, а продовжується там, де це найбільш доцільно й ефективно для пацієнта.

## Вразливі ланки функціональної схеми організації психологічної служби в закладі охорони здоров'я

Попри розвиток психологічних служб у закладах охорони здоров'я їхня функціональна модель і взаємодія структурних елементів часто залишаються недостатньо узгодженими. Це створює слабкі місця, які впливають на якість, безперервність і ефективність психологічної допомоги. Основні вразливі ланки зосереджуються в кількох напрямках.

### 1. Кадрові дисбаланси

Одним із найпомітніших викликів є нестача ключових фахівців, зокрема клінічних психологів і психотерапевтів, здатних працювати в складі МДК. Через обмежені кадрові ресурси один спеціаліст часто вимушений поєднувати кілька напрямів роботи: індивідуальне та групове консультування, кризові втручання, взаємодію з родинами, ведення документації й методичну діяльність. Це призводить до перевантаження, розмитості функцій і фрагментації послуг.

## 2. Недостатня методична та супервізійна інтеграція

У багатьох закладах відсутній налагоджений механізм методичного супроводу та професійної підтримки фахівців. Нерідко бракує єдиних стандартів роботи, внутрішніх процедур і критеріїв оцінювання результативності психологічної допомоги. Відсутність регулярних супервізій, інтервізій і професійного обміну послаблює узгодженість підходів та ускладнює розвиток спільного професійного поля служби.

## 3. Комунікаційні розриви між структурними елементами

Нечітко вибудована вертикальна й горизонтальна комунікація між координатором психологічної служби, керівниками відділень та іншими структурними елементами закладу ускладнює ефективну взаємодію. Відсутність визначених каналів і правил комунікації впливає на інтеграцію психологів у міждисциплінарні команди, консиліуми та процес спільного ухвалення клінічних рішень. Через це знижуються гнучкість служби та її здатність оперативно реагувати на запити.

## 4. Обмежені механізми підтримки самих фахівців

Психологи й інші фахівці служби працюють із пацієнтами в стані страждання, втрати або кризи, що супроводжується високим емоційним навантаженням. За відсутності супервізій, інтервізій і рефлексивних практик підвищується ризик професійного вигорання, а внутрішня стійкість служби послаблюється. Це впливає на якість допомоги та довгострокову ефективність функціональної моделі.

Виявлені вразливі ланки свідчать про потребу в зміцненні функціональної схеми психологічної служби: уточненні ролей, запровадженні єдиних стандартів, налагодженні комунікаційної взаємодії та розвитку системи професійної підтримки. Без цих елементів робота служби залишається фрагментарною, а рівень допомоги — залежним від окремих фахівців чи відділень, а не від цілісної та узгодженої організаційної моделі.

Зміцнення функціональної моделі є ключовою умовою розвитку психологічної служби як системного елемента охорони здоров'я. Такий підхід дає змогу не лише реагувати на індивідуальні запити, а й забезпечувати передбачувану, структуровану та якісну психологічну підтримку на рівні всього закладу.

У наступних підрозділах детально розглядаються окремі компоненти цієї моделі — маршрутизація, ключові функції фахівців, взаємодія в МДК та інші елементи, що забезпечують її практичне впровадження.

## 3.2. Мінімальні стандарти якості послуг

Якість психологічної допомоги в закладах охорони здоров'я визначається не лише професійністю окремих фахівців, а й наявністю чітких стандартів, які регулюють процеси, підходи та умови надання послуг. У ситуації розширення ролі психологічних служб і впровадження нових нормативних вимог особливо важливо забезпечити узгодженість практик та передбачуваність допомоги для пацієнтів, їхніх родин і медичного персоналу.

Мінімальні стандарти якості є основою для побудови ефективної психологічної служби в системі охорони здоров'я — вони регламентують, **що саме повинно бути забезпечене** незалежно від рівня закладу, регіону чи кадрового складу.

В Україні основу для формування стандартів якості психологічної допомоги визначає **Закон України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» від 07.02.2025<sup>1</sup>**, який встановлює принципи доступності, безпечності та наукової обґрунтованості послуг. Організаційні аспекти надання психосоціальної підтримки деталізує **Наказ МОЗ України «Про затвердження переліку психосоціальних послуг та порядку їх надання» від 13.12.2023 № 2118<sup>2</sup>**. Національні вимоги доповнюються міжнародними орієнтирами — Керівництвом **ВООЗ mhGAP<sup>3</sup>** та **Етичним кодексом Американської психологічної асоціації (APA Ethics Code)<sup>4</sup>**, які задають етичні й доказові стандарти для фахівців.

## Ключові виміри якості

Мінімальні стандарти якості психологічних послуг охоплюють кілька взаємопов'язаних вимірів, які визначають ефективність, безпечність і передбачуваність допомоги в закладі охорони здоров'я.

### Етичність

Етичність є фундаментом якісної психологічної допомоги. Жодне втручання не може розпочатись без інформованої згоди пацієнта. У людини є право знати, яку підтримку вона матиме, та відмовитись від неї, якщо не погоджується із запропонованими умовами. Конфіденційність є обов'язковою, крім ситуацій, коли існує загроза життю чи здоров'ю. Етичність також включає професійну компетентність: фахівець працює лише в межах власної підготовки та забезпечує безперервний розвиток компетентностей.

### Доступність

Психологічна допомога має бути реально досяжною для всіх пацієнтів. Це означає рівні можливості незалежно від віку, статі, соціального статусу чи місця проживання; відсутність фінансових бар'єрів; зрозумілі канали звернення; прозору інформацію про послуги. Доступність передбачає й організаційні умови, що дають пацієнту можливість легко скористатись допомогою в межах закладу.

### Своєчасність

Підтримка має надаватись тоді, коли вона потрібна. Зволікання може ускладнювати перебіг симптомів або призводити до кризових станів. Для планових звернень рекомендований строк очікування становить до семи днів, для кризових — не більше 72 годин. Ці орієнтири допомагають закладу вибудувати внутрішні алгоритми швидкого реагування та маршрутизації.

### Доказовість і професійна компетентність

Утручання повинні ґрунтуватись на науково підтверджених методах. Це гарантує ефективність допомоги й захищає пацієнта від ненадійних або ризикованих практик. Психолог має вміти не лише застосовувати методи, а й планувати курс утручання, формулювати цілі, оцінювати динаміку. Супервізія, інтервізія та безперервний професійний розвиток є невід'ємними складовими цього виміру.

### Безпечність

Безпечність охоплює наявність чітких протоколів дій у кризових ситуаціях — за суїцидальних намірів, психотичних епізодів, агресивної поведінки. Вона включає й організаційні чинники: належні умови роботи, захист персональних даних, можливість оперативної взаємодії із психіатрами, екстреною медичною допомогою та соціальними службами.

## Моніторинг і контроль якості

Стандарти якості мають постійно перевірятись і вдосконалюватись. Це забезпечується через внутрішні аудити, аналіз документації, збір зворотного зв'язку, супервізійні розбори випадків, оцінювання змін за психометричними інструментами. Системний моніторинг дає змогу своєчасно виявляти прогалини, покращувати алгоритми та підтримувати сталу якість послуг.

## Практична реалізація стандартів

Реалізація стандартів якості потребує чітких критеріїв і вимірюваних індикаторів, які сприяють об'єктивному оцінюванню сильних і слабких сторін системи та прийняттю управлінських рішень на основі даних, а не припущень.

Так, надмірний час очікування консультації — наприклад, понад два тижні — свідчить про порушення стандарту своєчасності. Якщо лише частина психологів регулярно проходить супервізію, це вказує на системну прогалину, яка потребує уваги адміністрації. Відсутність зворотного зв'язку від пацієнтів позбавляє заклад можливості оцінити реальну ефективність і якість наданої допомоги.

Натомість стабільне дотримання визначених строків консультацій, участь більшості фахівців у супервізійній підтримці, розвиток професійних компетентностей і підтвердження результатів утручань психометричними даними та відгуками пацієнтів свідчать про зрілу й ефективну систему. Така система не існує формально — вона працює на користь пацієнтів і формує довіру до психологічної служби.

## Якість психологічної допомоги на різних рівнях системи охорони здоров'я

Система психосоціальної допомоги в Україні функціонує на трьох рівнях — первинному, вторинному та третинному. Щоб стандарти якості не залишались тільки нормативними деклараціями, вони мають бути адаптовані до специфіки кожного рівня. Завдання, ресурси та функції цих ланок суттєво відрізняються, відповідно й індикатори якості не можуть бути уніфікованими.

### Первинний рівень (первинна медична допомога — ПМД)

Первинний рівень є першим місцем звернення пацієнта, тому саме тут закладається якість подальшого маршруту у сфері психічного здоров'я. Основне завдання ПМД — **вчасно розпізнати психоемоційні труднощі та визначити, який рівень допомоги потрібен пацієнту.**

Для цього застосовуються короткі скринінгові інструменти — PHQ2, PHQ9, GAD7. Вони дають можливість швидко виявити ознаки депресії, тривоги чи стресових розладів і зменшити ризик їх прогресування. У контексті української системи, де сімейний лікар є першою точкою входу, **регулярний і системний скринінг** є ключовим критерієм якості.

### Функції для психічного здоров'я:

- проведення короткого скринінгу психоемоційного стану;
- первинне виявлення психічних розладів;
- здійснення коротких інтервенцій (психоедукації, нормалізації, базової підтримки);
- скерування до спеціалізованих рівнів за потреби;
- спостереження динаміки стану пацієнта.

## **Вторинний рівень (спеціалізована медична допомога)**

На вторинному рівні пацієнт отримує глибше оцінювання та спеціалізовані психосоціальні втручання. Якість визначається структурованим веденням випадків, дотриманням клінічних протоколів та узгодженою роботою фахівців різних спеціальностей. Прикладом такого протокольного підходу є Наказ МОЗ України «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги “Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації”» від 19.07.2024 № 1265<sup>5</sup>, який визначає стандартизовані вимоги до оцінювання та втручань у відповідних клінічних ситуаціях.

### **Функції вторинного рівня:**

- повне оцінювання психологічного та психічного стану;
- кризові та психотерапевтичні втручання;
- ведення випадків і робота за протоколами;
- взаємодія в межах мультидисциплінарних команд;
- визначення потреби у високоспеціалізованій допомозі.

## **Третинний рівень (високоспеціалізована медична допомога)**

Третинний рівень забезпечує підтримку в **найскладніших, кризових або стійких випадках**, що потребують інтенсивної терапії та мультидисциплінарного підходу. Обов'язковими є ведення обліку й аналіз усіх критичних інцидентів: суїцидальних спроб, випадків агресивної поведінки чи тяжких самопошкоджень. Оцінка ефективності тут не може обмежуватись лише зменшенням симптоматики — важливо враховувати рівень соціального функціонування, здатність повернутись до навчання, роботи чи активної участі в громадському житті. Тут якість визначається безпечністю, узгодженими протоколами дій і комплексними планами допомоги, відповідно до **Типового положення про Центр психічного здоров'я**<sup>6</sup>.

### **Функції третинного рівня:**

- глибока психіатрична та психологічна діагностика;
- інтенсивні психотерапевтичні та реабілітаційні програми;
- аналіз і реагування на критичні інциденти;
- розробка індивідуальних планів допомоги;
- відновлення функціонального й соціального стану пацієнта.

Система індикаторів якості дає змогу сформуванати логіку безперервного маршруту пацієнта:



- **на первинному рівні** якість визначається здатністю швидко виявити проблему, провести базовий скринінг і забезпечити своєчасне скерування;

- **на вторинному рівні** показниками якості є структуроване ведення випадків, координація між спеціалістами та оцінка ефективності втручань;

- **на третинному рівні** якість оцінюється за критеріями безпеки, мультидисциплінарного підходу та відновлення соціального й функціонального стану пацієнта.

**Рисунок 7. Індикатори якості психосоціальної допомоги за рівнями медичної допомоги**

### 3.3. Кадрова політика забезпечення психологічної допомоги в ЗОЗ

Ефективна організація психологічної допомоги в закладах охорони здоров'я неможлива без продуманої, системної кадрової політики. Саме вона визначає, хто забезпечує психологічну допомогу, у якій структурі працює команда, які компетенції потрібні для якісного надання послуг і як зберігається безперервність роботи в умовах кадрових коливань, стресового навантаження та зростання кількості запитів від пацієнтів.

#### Сутність кадрової політики у сфері психічного здоров'я в ЗОЗ

Кадрова політика у сфері психологічної та психосоціальної допомоги — це стратегія управління людськими ресурсами, яка забезпечує доступність, якість і сталість психологічних послуг у закладі охорони здоров'я. Вона охоплює визначення потреб у фахівцях, їхню підготовку, розподіл ролей, організацію професійного розвитку, координацію командної роботи, мотиваційні механізми та умови утримання персоналу.

У контексті української системи охорони здоров'я кадрова політика має враховувати:

- **реалії первинної, вторинної та третинної ланок**, де суттєво відрізняються навантаження, функціональні потреби й інтенсивність роботи;
- **зростання потреби в психологічній підтримці** через війну, тривалий дистрес, втрати, вимушене переміщення;
- **вимоги НСЗУ до наявності фахівців** із психічного здоров'я у відповідних пакетах послуг;
- **перехід до інтегрованої моделі МГПП**, де психологічна допомога має бути доступною на всіх рівнях — від ПМД до високоспеціалізованих центрів.

Особливість кадрової політики в цій сфері полягає в тому, що психологічна допомога інтегрується в клінічні процеси, потребує мультидисциплінарної взаємодії, її здійснюють фахівці з високим рівнем

емоційного навантаження. Тому кадрова політика фактично визначає **стійкість і якість** усієї моделі надання психологічної допомоги.

### **Ризики відсутності кадрової політики**

Коли кадрова політика відсутня або залишається декларативною, система психологічної допомоги стає вразливою:

- робота залежить від окремих ентузіастів, а не від цілісної моделі;
- маршрути пацієнтів фрагментуються, частина людей «випадає» з підтримки;
- неможливо стабільно виконувати вимоги НСЗУ щодо якості та обсягів послуг;
- зростає ризик вигорання фахівців і їхнього відтоку із системи;
- рішення щодо команди ухвалюються ситуативно, без опори на дані й потреби.

Натомість продумана кадрова політика створює стійкий фундамент для психологічної допомоги: забезпечує передбачуваність для пацієнтів і персоналу, підтримує мотивацію команди й допомагає закласти розвивати психологічну допомогу не стихійно, а стратегічно.

### **Принципи кадрової політики організації психологічної допомоги**

В українських умовах реформованої системи охорони здоров'я, контрактування з НСЗУ та впровадження інтегрованих підходів до МГПП принципи кадрової політики задають рамку — якою має бути команда, щоб заклад міг виконувати взяті на себе зобов'язання за пакетами НСЗУ й відповідати сучасним міжнародним орієнтирам.

Принципи відповідають на запитання «Як ми будемо систему й ухвалюємо кадрові рішення?» Далі, у блоці про кадрові умови, йтиметься про те, «Що саме має бути в наявності, аби ці принципи реально працювали?»

#### **1. Відповідність структури допомоги потребам різних рівнів медичної системи**

Кадрові рішення мають впливати з функцій, а не з формальних посад. На **первинному рівні** ключовими є швидке розпізнавання психоемоційних труднощів, базові інтервенції та маршрутизація, тому потрібні фахівці, здатні працювати з великим потоком пацієнтів короткими втручаннями та скринінговими інструментами. На **вторинному рівні** переважає потреба в глибокому психологічному оцінюванні, кризових втручаннях, роботі за клінічними протоколами, а також у взаємодії з багатьма відділеннями — терапевтичними, хірургічними, реабілітаційними. Тут важлива присутність клінічних психологів і психотерапевтів. На **третинному рівні** необхідні фахівці, які можуть працювати зі складними клінічними випадками, брати участь в МДК, забезпечувати інтенсивні психотерапевтичні й кризові втручання та підтримувати довготривале лікування.

Таким чином, кадрова політика має не лише формувати штат, а й забезпечувати відповідність компетенцій реальним потребам ЗОЗ.

#### **2. Чіткий розподіл ролей і компетентностей**

Ефективність психологічної допомоги залежить від того, наскільки зрозуміло розподілені функції між

психологами, психотерапевтами, психіатрами, соціальними працівниками й іншими фахівцями. Прозорі межі відповідальності скорочують дублювання, зменшують хаос у маршрутизації пацієнта, полегшують координацію між відділеннями та підвищують якість допомоги.

### 3. Безперервний професійний розвиток

У сфері психічного здоров'я знання й навички швидко застарівають. Регулярні навчання, супервізії, інтервізії та доступ до актуальних клінічних протоколів мають бути не приватною ініціативою фахівця, а елементом кадрової політики. Це безпосередньо впливає на безпеку пацієнтів, відповідність практики сучасним стандартам і професійну стійкість команди.

### 4. Системність у відборі, адаптації та оцінюванні фахівців

Добір персоналу має ґрунтуватись на прозорих критеріях, а введення в роботу — на структурованій адаптації: знайомстві з ролями, маршрутами, стандартними операційними процедурами (СОПами), командою та порядком ухвалення рішень. Регулярне оцінювання діяльності дає можливість своєчасно виявляти прогалини, планувати розвиток, підвищувати якість і уникати системних помилок.

### 5. Орієнтація на командну взаємодію та координацію

Психологічна допомога не може бути ізольованою. Кадрова політика має підтримувати культуру командної роботи: участь у МДК, спільне планування втручань, обмін інформацією між клінічними та немедичними підрозділами. Це особливо важливо для вторинної та третинної ланок, де якість допомоги прямо залежить від узгодженості рішень.

### 6. Гарантування безпеки та добробуту фахівців

Кадрова політика має враховувати ризики професійного вигорання, надмірного навантаження, емоційних викликів і роботи в стресових умовах (особливо у воєнний час). Це передбачає раціональний розподіл навантаження, механізми заміщення, підтримку через супервізії та інтервізії, можливості відновлення, а також регулярні заходи для персоналу. Догляд за фахівцем є невід'ємною частиною догляду за пацієнтом.

## Кадрові умови, необхідні для якісного надання психологічної допомоги

Якщо принципи — це «як ми будуємо систему», то кадрові умови — це **фактичні передумови в 303**, без яких модель психологічної допомоги не може працювати незалежно від структур чи протоколів. Це операційні вимоги, які забезпечують можливість працювати якісно, безпечно й у межах компетенцій.

Якісна психологічна допомога можлива лише тоді, коли в закладі створені умови, що дають команді можливість виконувати свої функції: від маршрутизації пацієнтів до участі в мультидисциплінарних консилиумах. Умови можуть відрізнятися за масштабом залежно від рівня закладу (первинного, вторинного, третинного), але їхня логіка однакова — **забезпечити реальну працездатність системи**.

У закладах різних рівнів (первинному, вторинному, третинному) ці умови можуть мати різний масштаб, але їхня логіка залишається спільною: **забезпечити фахівцю можливість працювати професійно, безпечно та в межах компетенцій**.

## **Перелік необхідних кадрових умов**

### **1. Визначені ролі та компетентності.**

Для кожної посади (психолога, клінічного психолога, психотерапевта, психіатра, фахівця супроводу ветеранів) мають бути чітко прописані функції. Це забезпечує узгодженість роботи і запобігає дублюванню.

### **2. Оптимальна кількість фахівців відповідно до навантаження.**

Штат має формуватись, виходячи з реального потоку пацієнтів і специфіки відділень. Це сприяє уникненню перевантаження й забезпеченню доступності допомоги.

### **3. Наявність координатора або старшого психолога.**

Це ключова управлінська роль, від якої залежать узгодженість роботи команди, комунікація з адміністрацією та системність маршрутів пацієнта.

### **4. Механізми заміщення й безперервності допомоги.**

У відпустках, на лікарняних чи при кадрових змінах має бути передбачений порядок передачі випадків. Це критично для безпеки пацієнтів і мінімізації перерв у психосоціальной підтримці.

### **5. Регулярна професійна підтримка (супервізії та інтервізії).**

Супервізія — це базовий інструмент забезпечення якості, особливо у високостресовому середовищі. Інтервізії сприяють командному обміну досвідом.

### **6. Система оцінювання якості роботи фахівців.**

Регулярний аналіз дотримання стандартів, якості документації, результативності втручань та етичних аспектів роботи формує культуру відповідальності й безперервного покращення.

### **7. Доступ до навчання та підвищення кваліфікації.**

Короткі курси, тренінги, спеціалізації, супервізії, доступ до сучасних протоколів — необхідна умова для того, щоб допомога була доказовою й актуальною.

### **8. Готовність і навички роботи в мультидисциплінарній команді.**

Психологи мають володіти комунікаційними компетенціями, розуміти клінічні маршрути та вміти працювати разом із лікарями, медсестрами, реабілітологами, соціальними працівниками. На вторинному та третинному рівнях це є критичною умовою якості.

## **Профіль компетенцій фахівців психологічної допомоги**

Ефективність психологічної допомоги в закладі охорони здоров'я значною мірою залежить від того, наскільки чітко визначені компетентності кожного фахівця та як узгоджено вони взаємодіють у межах спільної моделі. Профіль компетенцій служить орієнтиром для добору персоналу, встановлення ролей, побудови маршрутів пацієнтів і забезпечення стандартизованої якості допомоги на всіх рівнях — від первинної до високоспеціалізованої.

Нижче наведено опис ключових компетенцій для основних фахівців, залучених до надання психологічної та психосоціальной допомоги в ЗОЗ.

## Клінічний психолог

### Ключові компетенції:

- глибоке психологічне оцінювання, застосування психодіагностичних методик та інструментів;
- диференційне визначення психічних станів, оцінка ризиків (суїцидального ризику, гострих станів, дистресу);
- планування та проведення індивідуальних і групових психологічних утручань;
- участь у мультидисциплінарних командах, формування індивідуального плану лікування;
- ведення випадку та документації відповідно до клінічних протоколів;
- робота у співпраці із психіатрами, реабілітологами, лікарями інших спеціальностей;
- супервізійна культура, знання стандартів етичної практики.

**Роль у маршрутизації:** ключовий фахівець для поглибленої оцінки та психокорекційної роботи.

---

## Психотерапевт

### Ключові компетенції:

- проведення психологічної терапії відповідно до одного з валідних методів, визнаних МОЗ і міжнародними професійними асоціаціями;
- робота з пацієнтами зі стресовими, тривожними, депресивними, адаптаційними та травматичними розладами;
- застосування доказових протоколів (КПТ, ЕМДР, методів роботи з травмою тощо);
- здатність працювати в довготривалому терапевтичному контексті;
- взаємодія з лікарями при супутніх розладах, що потребують медикаментозної терапії.

**Роль у маршрутизації:** забезпечення терапевтичної підтримки та ведення випадків, які потребують глибоких інтервенцій.

---

## Лікар-психіатр

### Ключові компетенції:

- встановлення психіатричних діагнозів відповідно до МКХ-11;
- призначення медикаментозної терапії та моніторинг її ефективності;
- визначення інтенсивності нагляду та безпекових потреб;
- участь в МДК, прийняття рішень щодо плану лікування;
- взаємодія з клінічними психологами та психотерапевтами в складних клінічних випадках;
- робота з кризовими станами (психотичними епізодами, суїцидальною поведінкою, тяжкими афективними розладами).

**Роль у маршрутизації:** втручання у випадках, коли потрібні психіатрична оцінка та фармакотерапія.

## Фахівець із супроводу ветеранів і демобілізованих осіб

### Ключові компетенції:

- оцінювання потреб ветеранів і їхніх родин у сфері психічного здоров'я та соціальної підтримки;
- навігація пацієнтів між психологічними, медичними та соціальними службами;
- кризові втручання базового рівня, психоосвіта, підтримувальна взаємодія;
- організація маршрутів з урахуванням комплексних медико-психосоціальних потреб;
- комунікація з військовими структурами, ветеранськими сервісами, соціальними установами;
- участь у плануванні реабілітаційних заходів.

**Роль у маршрутизації:** «місток» між пацієнтом, службами лікарні та зовнішніми сервісами; забезпечення безперервності підтримки.

### Соціальний працівник

#### Ключові компетенції:

- оцінка соціальних потреб пацієнта (сімейних обставин, житлових умов, доступу до послуг);
- організація соціального супроводу, допомога у взаємодії із соціальними службами;
- участь в МДК як провідника соціального контексту;
- підтримка пацієнтів у кризових соціальних ситуаціях;
- оформлення соціальних документів, направлення до відповідних інституцій.

**Роль у маршрутизації:** забезпечення соціальної складової безперервної допомоги.

**Таблиця 10. Розподіл відповідальності між фахівцями**

ЗАВДАННЯ / ФУНКЦІЯ	КЛІНІЧНИЙ ПСИХОЛОГ	ПСИХО-ТЕРАПЕВТ	ЛІКАР-ПСИХІАТР	ФАХІВЕЦЬ СУПРОВОДУ ВЕТЕРАНІВ	СОЦІАЛЬНИЙ ПРАЦІВНИК
Первинне психологічне оцінювання	✓	✓ (поглиблене)	—	✓ (базове)	✓ (соціальне)
Психо-діагностика	✓ (повна)	✓ (у межах методу)	—	—	—
Психо-терапевтичні інтервенції	✓ (короткі / середні)	✓ (повний терапевтичний цикл)	—	—	—
Психіатрична оцінка	—	—	✓	—	—
Медикаментозна терапія	—	—	✓	—	—
Кризові втручання	✓	✓	✓	✓ (базові)	✓ (соціальні кризи)

<b>Участь в МДК</b>	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Ведення випадку / кейс-менеджмент</b>	✓	✓	✓ (у частині лікування)	✓	✓
<b>Соціальний супровід</b>	—	—	—	✓ (етапність)	✓ (повний супровід)
<b>Зовнішні партнерства</b>	—	—	—	✓	✓

## Політика добору, адаптації та професійного розвитку

Ефективна організація психологічної допомоги неможлива без продуманої політики добору кадрів, їхньої підтримки та професійного розвитку. Цей компонент кадрової політики визначає якість роботи служби на роки вперед: саме через механізми добору, адаптації та навчання формується команда, здатна працювати в складних клінічних умовах, взаємодіяти з адміністрацією та забезпечувати безперервність психологічної підтримки.

### Добір фахівців

Добір спеціалістів повинен базуватись не лише на формальній освіті, але й на:

- відповідності компетенцій профілю закладу (типам відділень, інтенсивності роботи, частці кризових випадків);
- здатності працювати в МДК;
- готовності вести документацію, маршрутизацію та працювати за клінічними протоколами;
- досвіді кризових інтервенцій, консультування, кейс-менеджменту — залежно від рівня ЗОЗ.

Доцільно запроваджувати короткі практичні завдання або кейси під час відбору, щоб оцінювати не лише знання, але й реальні навички ухвалення рішень, комунікацію та здатність працювати в умовах стресу.

### Адаптація нових співробітників

Фахівець не може ефективно працювати, якщо він не розуміє, як організовано допомогу в лікарні. Адаптація має включати:

- ознайомлення зі структурою закладу, маршрутами пацієнтів, СОП, алгоритмами взаємодії;
- зустріч із координатором служби, представлення у відділеннях;
- супровід у перші тижні: спільні консилиуми, розбір динамічних випадків, підтримка у веденні документації.

Для вторинного та третинного рівнів адаптація повинна обов'язково включати введення в роботу МДК; ознайомлення з протоколами кризових утручань; правила комунікації з адміністрацією та відділеннями.

Адаптація — це не формальність, а процес, який знижує ризик помилок, конфліктів і перевантаження фахівця в перші місяці роботи.

## Професійний розвиток

У сфері психічного здоров'я навички швидко знецінюються без постійного оновлення. Тому політика професійного розвитку повинна бути системною і включати:

- регулярні супервізії (індивідуальні та групові);
- інтервізійні зустрічі;
- участь у тренінгах, коротких курсах і спеціалізаціях;
- доступ до сучасних протоколів (ППД, ПТСР, кризові інтервенції, mhGAP);
- практики відновлення та профілактики вигорання;
- аналіз випадків і зворотний зв'язок.

На вторинному та третинному рівнях окремим напрямом є розвиток навичок **кейс-менеджменту**, координації мультидисциплінарної роботи і взаємодії з різними відділеннями.

## Оцінювання якості роботи: підтримка, а не покарання

Система оцінювання має бути не каральною, а розвитковою. Вона виконує роль дзеркала для фахівця й команди. Оцінювання включає аналіз:

- дотримання протоколів і СОП;
- якості документації;
- маршрутизації та ведення випадків;
- участі в командній роботі;
- зворотного зв'язку від колег і пацієнтів.

Для молодих фахівців оцінювання може бути частішим і спиратись на супервізійні сесії. Для досвідчених — орієнтуватись на якість планування, складні випадки, комунікацію з відділеннями.

## Системний розвиток кадрів, мотивація та утримання персоналу

Розвиток психологічної допомоги неможливий без уваги до тих, хто її забезпечує. Кадрова політика має враховувати не лише «скільки фахівців працює», а і **як вони розвиваються, що їх мотивує та чому вони залишаються в системі**.

**Системний розвиток кадрів** означає, що професійне зростання не є випадковим, а планується й

підтримується інституційно: регулярні навчання, участь у тренінгах і програмах, супервізії та інтервізії, доступ до сучасної літератури й онлайн-курсів. Це створює відчуття професійного руху і підсилює якість допомоги.

**Мотивація** має поєднувати фінансові та нефінансові інструменти. До фінансових можуть належати доплати за складність, інтенсивність роботи, премії за додаткові завдання, надбавки за участь у навчальній чи науковій діяльності — за умови прозорих критеріїв. Нефінансові стимули включають гнучкий графік, публічне визнання, можливості стажувань, участь у конференціях і проєктах, командні заходи.

**Утримання персоналу** спирається на поєднання формальних і неформальних механізмів: прозорі можливості професійного зростання, внутрішню атестацію, залучення фахівців до стратегічних обговорень, командні зустрічі, де кожен може бути почутим. Ключову роль відіграє культура психологічної безпеки, коли складні випадки й помилки обговорюються як можливість навчання, а не як причина для покарання.

Таким чином, системний розвиток кадрів, мотивація й утримання персоналу є не трьома окремими напрямками, а частинами єдиної стратегії кадрової політики. Лише тоді, коли фахівець має доступ до професійного зростання, відчуває підтримку адміністрації, отримує справедливі стимули та включений у командну взаємодію, психологічна допомога стає стійкою й передбачуваною і для команди, і для пацієнтів.

## **Практичний алгоритм для керівника психологічної допомоги в 303**

Цей алгоритм допомагає керівнику (координатору / старшому психологу) вибудувати системну, передбачувану та стійку модель роботи команди психологічної допомоги в умовах реального українського закладу охорони здоров'я.

### **1. Розробити профілі компетенцій для кожної ролі.**

Клінічний психолог, психотерапевт, лікар-психіатр, соціальний працівник, фахівець із супроводу ветеранів повинні мати чітко сформульовані компетентнісні вимоги. Це дає можливість коректно формувати штат, прогнозувати навантаження й уникати дублювання функцій.

### **2. Визначити стандартизовану процедуру добору персоналу.**

Критерії професійної придатності, інструменти оцінювання (співбесіда, ситуаційні завдання, практичні кейси), порядок ухвалення кадрових рішень мають бути формалізовані й погоджені з адміністрацією. Це забезпечує прозорість і мінімізує ризики упереджених рішень.

### **3. Підготувати структурований адаптаційний пакет для нових працівників.**

До нього можуть входити: СОП; внутрішні маршрути пацієнтів; перелік контактних осіб у клінічних і адміністративних підрозділах; алгоритми взаємодії та скерування; чекліст перших 30 робочих днів. Такий пакет скорочує період адаптації та підвищує якість роботи з перших тижнів.

### **4. Організувати регулярні форми професійної підтримки.**

Супервізія та інтервізія не є добровільною опцією — це обов'язкові елементи якості й безпечності послуг. Рекомендований мінімум — **1 раз на місяць**, із можливістю позапланових супервізій у кризових випадках.

### **5. Запровадити щорічну оцінку компетенцій і план розвитку команди.**

Оцінювання має включати:

- аналіз якості документації;
- дотримання клінічних протоколів;
- оцінку результатів утручань;
- рівень командної взаємодії;
- професійні потреби й прогалини.

За результатами формується індивідуальний план розвитку кожного фахівця.

## **6. Забезпечити ресурси для професійного навчання.**

Координатор узгоджує з адміністрацією річний підхід: мінімальний бюджет, доступ до партнерських програм, можливості супервізій, участь у тренінгах із питань психічного здоров'я, ППД, кризових утручань, роботи з ветеранами тощо.

## **7. Формувати безпечне професійне середовище.**

Управлінська культура має підтримувати прозорість рішень, повагу до професійних меж і принцип «помилка як точка розвитку». Це критично для запобігання вигоранню, утримання фахівців і формування сталості психологічної допомоги.

## **3.4. Взаємодія фахівця в закладі охорони здоров'я з адміністративним персоналом закладу**

### **Значення якісної взаємодії**

Ефективна співпраця між психологічною службою та адміністративним персоналом — необхідна умова сталого функціонування закладу охорони здоров'я. Від чіткої комунікації залежать доступність ресурсів, організованість клінічних процесів, безпека пацієнтів і якість медичної допомоги.

Для психологічної служби, яка працює у високостресовому середовищі та підтримує і пацієнтів, і персонал, конструктивна взаємодія з адміністрацією є основою професійної автономії, визнання ролі служби та інтеграції психологічної допомоги в клінічну практику.

Психологам важливо орієнтуватись у структурі конкретного закладу, знати профіль діяльності, особливості кадрової політики та внутрішню культуру взаємодії. Це забезпечує швидку адаптацію й допомагає уникнути непорозумінь.

### **Адміністративний контекст роботи психологічної служби та її місце в структурі закладу**

Для того щоб психологічна служба була інтегрованою в роботу закладу охорони здоров'я, фахівці повинні чітко орієнтуватись у його адміністративній структурі. Розуміння управлінської вертикалі не лише допомагає правильно вибудовувати комунікацію, а й визначає рівень впливу служби на ключові процеси, доступ до ресурсів і можливість системних змін.

У більшості комунальних некомерційних підприємств (КНП) управлінська структура є багаторівневою та складається з:

- **директора або генерального директора**, який відповідає за стратегічне планування, фінансову політику та взаємодію із засновником;
- **медичного директора та його заступників**, що координують клінічну діяльність, визначають організаційні підходи до лікувального процесу та ухвалюють рішення щодо маршрутів пацієнтів;
- **заступника медичного директора з медсестринства (головної медичної сестри)**, яка забезпечує організацію роботи середнього медичного персоналу та підтримує стандарти якості щоденного догляду за пацієнтами.

Саме в цю ієрархію інтегрується психологічна служба. Найбільш ефективною в практиці українських закладів є модель, за якої **координатор психологічної служби (старший психолог)** підпорядковується медичному директору або визначеному заступнику. Такий формат забезпечує:

- чітку лінію комунікації;
- зрозумілу відповідальність;
- уникнення ситуацій, коли психологи отримують численні неузгоджені доручення з різних джерел;
- можливість координатору представляти позицію служби на управлінському рівні.

Роль координатора в цій структурі є ключовою. Він / вона організовує роботу команди, розподіляє запити, забезпечує взаємодію з адміністрацією, презентує результати роботи служби та гарантує, що психологічні втручання узгоджені з клінічними та операційними процесами закладу. За своєю суттю координатор є «комунікаційним мостом» між керівництвом і командою фахівців із психічного здоров'я.

Особливості адміністративної ієрархії залежать і від типу закладу.

- **КНП** мають формалізовану вертикаль управління, чіткі посадові інструкції та високий рівень підзвітності органам місцевого самоврядування.
- **Приватні медичні центри** зазвичай працюють у гнучкіших моделях, де велике значення мають менеджери сервісу, маркетингу та розвитку, а взаємодія більш орієнтована на індивідуальні потреби пацієнтів і конкуренцію на ринку.
- **Військові медичні установи** характеризуються жорсткою командною вертикаллю, високими стандартами регламентації та швидким прийняттям управлінських рішень, що передбачає особливий стиль комунікації та підвищену відповідальність психолога.

Розуміння того, як працює адміністративна система конкретного закладу, допомагає психологам і психотерапевтам коректно обирати формат взаємодії, адаптувати комунікаційні стратегії, прогнозувати очікування адміністрації та вибудовувати ефективну співпрацю. Це створює передумови для того, щоб психологічна служба була видимою, інтегрованою та підтриманою на рівні керівництва.

## Типові труднощі у взаємодії та способи їх подолання

### Розмиті або некоректні очікування щодо функцій психолога

Адміністрація може покладати на психолога невластиві завдання: вирішення адміністративних конфліктів, «заспокоєння» пацієнтів без клінічної оцінки, участь у процесах, що виходять за межі компетентності.

### Ефективний підхід:

- працювати в межах затвердженого Положення про психологічну службу;
- надавати короткі пояснення щодо компетентності за кожним типом запиту;
- у складних випадках посилатись на стандарти, накази та професійні етичні норми.

---

### **Психолог як «екстрена відповідь» на всі проблеми**

Нерідко адміністрація звертається до психолога як до універсального спеціаліста для вирішення всіх складних ситуацій.

#### **Ефективний підхід:**

- упровадити внутрішній алгоритм кризового реагування;
- чітко розмежувати екстрені й неекстрені звернення;
- скерувати всі запити через координатора.

---

### **Дистрес та емоційна напруга в адміністративного персоналу**

Адміністрація працює у швидкому темпі та постійному стресі. Це може впливати на стиль комунікації, інколи — робити її різкою чи фрагментованою.

Дистрес у цьому контексті — характеристика системи, а не ставлення до працівника.

#### **Ефективний підхід:**

- уникати емоційних реакцій у відповідь;
- відповідати коротко й по суті;
- пропонувати рішення замість критики.

### **Формати взаємодії психологічної служби та адміністрації**

Ефективна робота психологічної служби неможлива без чітких і передбачуваних форматів взаємодії з адміністрацією. У більшості закладів охорони здоров'я саме комунікація визначає, чи працюватиме служба як системний елемент або ж буде існувати в режимі реактивних дій. Тому завдання психологічної служби — не лише якісно надавати допомогу, а й інтегруватись в управлінські процеси так, щоб забезпечити сталість, узгодженість і видимість своєї роботи.

Психологічна служба взаємодіє з адміністрацією на кількох рівнях — стратегічному, організаційному та клінічному. Формати цієї взаємодії можуть бути різними, але їх мають об'єднувати **структурованість і прозорість**.

## **1. Офіційні канали взаємодії**

До офіційної комунікації належать:

- накази, службові розпорядження та протоколи нарад;
- службові листи й внутрішній документообіг;
- електронні системи обліку та звітності.

Ці канали використовуються для формальних рішень, визначення пріоритетів, затвердження процедур і документування взаємодії. Вони особливо важливі в ситуаціях, що мають юридичні чи організаційні наслідки, наприклад у роботі з кризовими випадками, кадровими питаннями або змінами в маршрутизації пацієнтів.

## **2. Робочі та оперативні формати комунікації**

Щоденна взаємодія рідко потребує офіційного листування. Ефективність служби значною мірою забезпечують гнучкі та оперативні формати, які описані нижче.

### **Регулярні короткі робочі зустрічі (10–15 хвилин)**

Це найбільш ефективний спосіб синхронізувати очікування. На таких зустрічах обговорюють:

- поточні запити з відділень;
- пріоритети на найближчий період;
- труднощі, які потребують управлінського рішення.

Такі мікронаради запобігають накопиченню невирішених питань і зменшують потребу в «гасінні пожеж».

### **Єдиний канал комунікації**

Створення визначеного каналу (службової пошти, внутрішнього чату, трекера запитів) запобігає хаотичним зверненням і забезпечує:

- прозорий розподіл навантаження;
- збереження історії звернень;
- швидке опрацювання пріоритетних випадків.

## **3. Клінічні формати співпраці**

Психологічна служба бере участь у тих управлінських і клінічних процесах, які впливають на якість допомоги пацієнтам:

- міждисциплінарних консилиумах;
- клінічних розборах і нарадах;
- обговореннях складних клінічних випадків;
- участі в плануванні заходів підтримки персоналу.

Залучення психолога до консилиумів не лише підсилює клінічні рішення, а й демонструє адміністрації, що психологічна служба є важливою частиною медичного процесу.

## «Червоні прапорці» у взаємодії з адміністрацією

У процесі співпраці між психологічною службою та адміністрацією важливо вміти розпізнавати ознаки ризикової комунікації. Такі прояви часто називають «червоними прапорцями», оскільки вони сигналізують про потребу втручання або корекції поведінки, а в разі їх накопичення — змін у форматі взаємодії.

До типових ознак ризикової взаємодії належать:

- **відкрита агресія чи підвищений тон** у спілкуванні;
- **ігнорування службових запитів або відмова від співпраці** без пояснення причин;
- **надмірна бюрократизація простих питань**, коли формальні процедури фактично блокують роботу;
- **систематичне порушення домовленостей**, знецінення раніше погоджених рішень;
- **знецінення ролі або компетентності фахівця**, натяки на його «другорядність» у системі;
- **ухвалення рішень, що безпосередньо стосуються служби, без участі її представників.**

Такі прояви не є поодинокими в стресових системах. До них, зокрема, належать:

- принизливі або знецінювальні висловлювання щодо професійної компетентності психолога (наприклад: «А чим ви тут узагалі займаєтесь?»);
- адміністративний тиск із вимогою коригувати висновки чи формулювання «під управлінські потреби»;
- ігнорування професійних стандартів або перекладання на психологів завдань, що не належать до їхніх функцій;
- ситуації, коли ключові рішення щодо організації психологічної допомоги ухвалюються без залучення психологічної служби.

Коли подібні «червоні прапорці» стають системними, завдання координатора психологічної служби — **ініціювати робочу зустріч із керівництвом, зафіксувати проблему та запропонувати корегування формату взаємодії**. Вчасне реагування запобігає ескалації конфліктів, зберігає професійні межі та підтримує конструктивну атмосферу в колективі.

## Професійні стратегії та найкращі практики конструктивної взаємодії

Щоденна комунікація психологічної служби з адміністрацією потребує не лише чітких процедур, а й зрозумілих поведінкових стратегій, які підтримують взаємну повагу, ефективність і стабільність роботи. Нижче наведені підходи допомагають утримувати комунікацію в професійній площині та запобігають накопиченню конфліктів.

### 1. Чіткість і структурованість у комунікації:

- формулювати запити, відповіді та пропозиції максимально конкретно;
- у конфліктних або важливих ситуаціях одразу робити короткий письмовий запис — це захищає від різночитань;
- використовувати «я-повідомлення» замість звинувачень («Мені потрібно уточнити...», «Я прошу направити офіційний запит...»).

## **2. Письмова фіксація домовленостей**

Письмове підтвердження (лист, повідомлення у внутрішньому чаті, нотатка після наради) знімає напругу, визначає зони відповідальності та запобігає суперечкам. Це особливо важливе в питаннях, що стосуються ризиків, термінів і ресурсів.

## **3. Дотримання регламентованих каналів комунікації:**

- використовувати визначений канал для передачі запитів (пошту, внутрішній чат, систему завдань);
- нагадувати колегам і адміністрації про порядок взаємодії — це не формальність, а спосіб уникнути хаотичного навантаження;
- усі системні питання передавати через координатора служби.

## **4. Орієнтація на рішення, а не конфлікт:**

- у складних ситуаціях зосереджуватись на пошуку варіантів дій, а не оцінці поведінки чи пошуку винних;
- пропонувати обговорення питань на офіційних зустрічах: «Пропоную винести це на ранкову нараду, щоб узгодити порядок дій».

## **5. Аргументація через стандарти і документи**

Посилання на внутрішні положення, СОПи, накази чи законодавчі норми допомагає переводити розмову в професійну площину й зменшує ризик непорозумінь.

## **6. Регулярний зворотний зв'язок та інформування адміністрації:**

- короткі регулярні зустрічі (наприклад, раз на тиждень) для уточнення пріоритетів;
- щомісячна аналітична довідка, яка показує роботу служби через зрозумілу інформацію;
- обговорення проблемних моментів у безпечному форматі до того, як вони переростуть у конфлікт.

## **7. Підвищення взаємного розуміння ролей**

Пояснення адміністрації функцій психологічної служби (не лише в кризах, а в системній роботі) формує довіру й допомагає уникати нереалістичних очікувань або некоректних запитів.

Об'єднання чіткої комунікації, письмової фіксації, дотримання регламентів і регулярного зворотного зв'язку створює стабільну основу для партнерських взаємин між психологічною службою та адміністрацією. Такі практики знижують конфліктність, підвищують ефективність взаємодії і роблять діяльність служби передбачуваною та захищеною.

## 3.5. Співпраця психолога з медичним персоналом і його інтеграція в мультидисциплінарну команду ЗОЗ

Внесення посад «клінічний психолог» і «психотерапевт» до Переліку посад професіоналів з вищою немедичною освітою<sup>7</sup>, затвердження кваліфікаційних вимог для фахівців із вищою немедичною освітою із психологічної допомоги та духовної опіки у сфері охорони здоров'я (див. Розділ 2) і розробка професійного стандарту «Клінічний психолог»<sup>8</sup> створили правову основу для роботи фахівців із ПЗ в ЗОЗ. Крім того, Операційним планом заходів з реалізації у 2025–27 роках Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, яка затверджена розпорядженням КМУ від 17.01.2025 № 34-р<sup>9</sup>, передбачене залучення професіоналів із вищою немедичною освітою із психологічної допомоги до роботи з надання паліативної, психіатричної та реабілітаційної допомоги в складі **мультидисциплінарних команд**. Міжнародні стандарти у сфері ПЗ також пропонують інтегрувати фахівця з ПЗ в МДК, що передбачає його участь у плануванні та моніторингу лікування пацієнта.

МФК у МОЗ - це група спеціалістів різних профілів, які працюють за єдиним планом, мають спільні цілі, протоколи і комунікацію, несуть колегіальну відповідальність за результат.

У світі запровадження МФК в охороні здоров'я набуло розвитку у 1990-2000 рр із переходом до пацієнтоцентричної моделі надання допомоги. МФК стала основою у лікуванні хронічних захворювань, наданні паліативної допомоги, послуг з ПЗ, реабілітації.

### Принципи роботи МДК та її склад

Робота в МДК ґрунтується на концепції комплементарності ролей: оскільки жоден фахівець не здатен охопити весь спектр потреб пацієнта, команда відповідних фахівців, об'єднуючи компетенції, створює цілісний план допомоги. Для ефективної роботи МДК потрібні:

- **спільна термінологія** — дає змогу уникнути непорозумінь між фахівцями різних напрямів;
- **уніфіковані протоколи** — допомагають розробити єдиний план лікування для забезпечення послідовності та ефективності медичної допомоги;
- **регулярна комунікація** — сприяє оперативному обміну інформацією через наради, електронні повідомлення, короткі брифінги у відділенні ЗОЗ;
- **довіра і взаємоповага** — дають можливість дотримуватися цілісного підходу до надання допомоги пацієнту, уникаючи ігнорування психологічних аспектів за рахунок пріоритетизації медичних утручань.

Нижче наведено приклад складу МДК з реабілітації



Рисунок 8. Типовий склад мультидисциплінарної реабілітаційної команди

## Функції психолога / клінічного психолога в МДК

Психолог / клінічний психолог в МДК покликаний сприяти наданню цілісної допомоги пацієнту та підвищенню її ефективності за рахунок перетворення пацієнта з «об'єкта лікування» на активного учасника власного одужання. Саме психолог має стежити за безперервністю допомоги, щоб підтримка, розпочата в лікарні, не припинялась після виписки, а продовжувалась в амбулаторних умовах чи громаді. Це особливо важливо для ветеранів, пацієнтів із хронічними захворюваннями чи тих, хто пережив травматичні події.

Цитата учасника проєкту «Психолог. Лікар. Пацієнт»:

*«У практиці нерідко трапляються ситуації, коли саме психолог стає ключем до успішного лікування. Пацієнт після інфаркту не міг виконувати фізичні вправи через сильну тривогу. Після курсу КПТ тривожність знизилася, і пацієнт повернувся до програми реабілітації, що значно прискорило відновлення».*

## Основні функції психолога / клінічного психолога в МДК



### Діагностична

Оцінка психоемоційного стану та когнітивних функцій за допомогою стандартизованих тестів та інтерв'ю (наприклад, PHQ-9, GAD-7, PCL-5, WHOQOL-BREF, шкала сприйнятого стресу тощо)



### Терапевтична

Надання психологічної допомоги із застосуванням методів коротких і середньострокових втручань (наприклад, КПТ для зміни дисфункціональних думок, мотиваційне інтерв'ю для підвищення прихильності до лікування, техніки релаксації для зниження тривоги тощо)



### Консультаційна

Консультування пацієнтів та їх родичів щодо психологічних аспектів лікування, забезпечення безперервності допомоги, підтримка медичного персоналу



### Координаційна

Участь у нарадах МДК та розробці комплексного плану лікування або реабілітації, роз'яснення щодо того, як психосоціальні чинники впливають на перебіг хвороби, як спілкуватися з пацієнтами, які виявляють опір або страх тощо

**Таблиця 11 . Алгоритм взаємодії психолога з пацієнтом та членами МДК**

<b>ЕТАП</b>	<b>ЗМІСТ РОБОТИ ПСИХОЛОГА</b>
<b>Первинний контакт</b>	Збір основної інформації про пацієнта, встановлення контакту, виявлення запиту
<b>Психодіагностика</b>	Проведення тестувань, бесід, аналізу стану пацієнта в поєднанні з медичними даними та наявним соціальним контекстом, формування попереднього висновку
<b>Командне обговорення</b>	Представлення результатів діагностики на міждисциплінарній нараді, участь у спільному визначенні пріоритетів, формату втручань, місця психологічної підтримки в загальному плані лікування або реабілітації
<b>Інтервенції</b>	Реалізація психологічних втручань (проведення сесій, психоосвіта пацієнта і його родини, підтримка мотивації), аналіз зворотного зв'язку від медичних сестер та інших членів МДК щодо динаміки одужання пацієнта
<b>Моніторинг</b>	Відстеження динаміки, оцінка прогресу за шкалами кожні 2–4 тижні, корегування плану допомоги залежно від стану (якщо стан покращується, інтенсивність утручань зменшується, якщо ні — інтенсивність утручань посилюється з можливим долученням психіатра чи соціальних служб), надання зворотного зв'язку команді
<b>Супровід</b>	Забезпечення підтримки після основного курсу допомоги; підготовка до завершення роботи (при стабілізації стану готується план подальшої підтримки — амбулаторні чи онлайн-консультації, групи взаємодопомоги, цифрові ресурси) або переведення до іншого рівня допомоги; надання пацієнту чітких інструкцій, куди звертатись у разі загострення чи погіршення психічного стану

Умовами ефективності роботи психолога / клінічного психолога в МДК є:

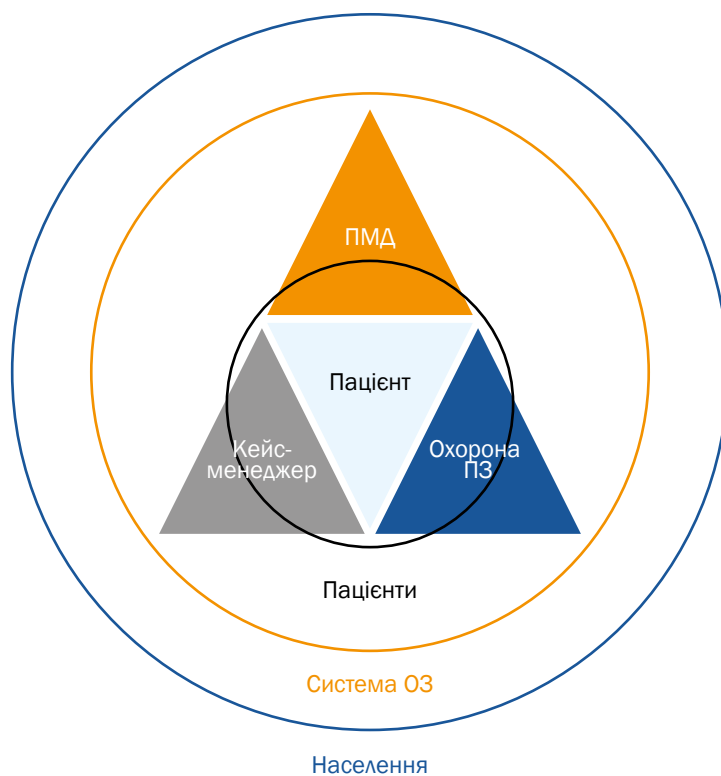
- спільна електронна система обміну даними;
- регулярні командні наради;
- стандартизовані інструменти оцінки;
- чіткий протокол направлення до психолога / клінічного психолога;
- базова підготовка медичного персоналу з основ психологічної підтримки.

### **Міжнародні приклади моделей інтеграції психологів у роботу надавачів медичної допомоги**

На початку XXI ст. західна медична наука дійшла висновку, що біомедичні знання є важливими для надання якісної медичної допомоги, але їх недостатньо: характер дисфункцій і взаємодія лікарів із пацієнтом також повинні ґрунтуватись на розумінні психосоціальних аспектів. Так почали з'являтися різні моделі співпраці між надавачами медичної допомоги та фахівцями у сфері психічного здоров'я, зокрема психологами і клінічними психологами.

#### **Приклад моделі співпраці з фахівцями ПЗ на первинному рівні надання медичної допомоги в США (Collaborative Care Model — модель співпраці)**

Collaborative Care Model (CCM) довела свою ефективність у роботі із психічними розладами, які зазвичай трапляються на первинній ланці надання медичної допомоги, зокрема депресивним розладом, генералізованим тривожним розладом і посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Цю модель було розроблено в Університеті Вашингтону (США) як системну стратегію лікування розладів поведін-



**Рисунок 10. Приклад моделі співпраці з фахівцями ПЗ на первинно-му рівні надання медичної допомоги у США (Collaborative Care Model)**

кового здоров'я в закладах ПМД шляхом співпраці з кейс-менеджерами та фахівцями у сфері психічного здоров'я.

У ССМ три основні складові<sup>10</sup>: надавач ПМД, фахівець у сфері психічного здоров'я (зокрема психолог або клінічний психолог), кейс-менеджер.

Надавачі ПМД надають доступні інтегровані медичні послуги пацієнтам з урахуванням контексту сім'ї та громади. Фахівець у сфері психічного здоров'я, який надає надавачу ПМД консультації та підтримку, може бути психіатром, психологом, клінічним психологом із магістерським рівнем або медичною сестрою-практиком із питань психічного здоров'я. Кейс-менеджер — це спеціально навчений медичний працівник (медична сестра), який координує догляд за пацієнтами з хронічними захворюваннями. Кейс-менеджером може виступати соціальний працівник, у таких випадках він також може працювати з пацієнтами над зниженням соціальних факторів ризику захворювання.

ССМ отримала міжнародне визнання як перспективний підхід до покращення доступу до допомоги з ПЗ, підвищення результатів лікування та зниження витрат на охорону здоров'я. Дослідження впливу застосування моделі демонструють підвищення рівня первинного виявлення депресивних і тривожних розладів та клінічне покращення стану здоров'я серед тих пацієнтів, хто отримував лікування за ССМ.

#### **Приклад моделі надання послуг із ПЗ на первинному рівні надання медичної допомоги у Великобританії (Stepped Care Model — покрокова модель)**

**Stepped Care Model (SCM)** розробили у Великобританії як спосіб забезпечення ефективної та доступної психіатричної допомоги. З моменту свого створення SCM отримала визнання та була схвалена й

упроваджена в таких країнах, як Франція, Німеччина, Нідерланди, США, Канада та Нова Зеландія. Міжнародні дослідження повідомляють про позитивний досвід використання моделі серед пацієнтів і медичних працівників. Модель побудована на принципі «від простого до складного». На перших етапах пацієнт отримує найменш затратні втручання — психоосвіту, самопомогу, цифрові інструменти відповідно до його потреб. Якщо цього замало, додаються індивідуальні сесії із психологом, спеціалізована терапія чи фармакологічне лікування. Така послідовність дає змогу раціонально розподіляти ресурси, концентруючи інтенсивну допомогу там, де вона справді потрібна.

Наприклад, для лікування депресії SCM пропонує покроковий процес лікування залежно від тяжкості симптомів пацієнтів і їхньої реакції на попереднє лікування. SCM може сприяти більш раціональному лікуванню депресії, зменшуючи витрати та тягар побічних ефектів, пов'язаних із потенційним надмірним використанням антидепресантів<sup>11</sup>.

### **Приклад застосування SCM для лікування депресії**

**Крок 1** (усі виявлені та підозрювані випадки депресії): оцінка, підтримка, психоосвіта, активний моніторинг і направлення на додаткові обстеження та втручання.

**Крок 2** (стійкі підпорогові симптоми або легка та помірна депресія): психосоціальні втручання низької інтенсивності (наприклад, індивідуальна керована самопомога або комп'ютеризована КПТ, структурована групова фізична активність), медикаменти і направлення на подальшу оцінку та втручання.

**Крок 3** (пацієнти, які не реагують на лікування за Кроком 2, або помірна та тяжка депресія): медикаментозне лікування, високоінтенсивні психологічні втручання (КПТ, міжособистісна психотерапія, поведінкова активація, поведінкова парна терапія або коротка психодинамічна терапія, якщо пацієнти відкидають попереднє), комбіноване лікування (медикаментозне лікування плюс КПТ або міжособистісна психотерапія), спільний догляд і направлення на подальшу оцінку та втручання.

**Крок 4** (тяжка та складна депресія, депресія, що загрожує життю, та/або з тяжким самонехтуванням із боку пацієнта): медикаментозне лікування, високоінтенсивні психологічні втручання, електросудомна терапія, комбіноване лікування, кризові служби, багатопрофільна допомога та госпіталізація.

Обидві розглянуті моделі є актуальними для застосування в Україні, оскільки вони узгоджуються зі Стратегією розвитку системи психічного здоров'я до 2030 року, затвердженою розпорядженням КМУ від 27.12.2017 № 1018-р<sup>12</sup>, і можуть бути адаптовані до наших реалій шляхом використання мережі надавачів ПМД, підготовки медичних сестер як кейс-менеджерів, упровадження цифрових платформ і співпраці з громадськими організаціями.

Уже сьогодні в межах проєкту «**Психолог. Лікар. Пацієнт**», який реалізує Міжнародна неурядова гуманітарна організація IsraAID, у пілотних громадах апробуються такі практики: психологи та медичні сестри працюють у парі з пацієнтами з діабетом і депресією, кожні два тижні відбуваються командні наради за участю лікарів і соціальних працівників, а результати відстежуються і за медичними, і за психоемоційними показниками.

### **Бар'єри для інтеграції психолога / клінічного психолога в МДК та шляхи їх подолання**

Міжнародний досвід показує, що інтеграція психолога в роботу мультидисциплінарної команди є успішною лише за умови поєднання трьох чинників: відповідних нормативних змін, системної професійної освіти та розвитку культури командної взаємодії. В українському контексті бар'єри на цьому шляху можна умовно поділити на чотири групи: нормативно-правові, кадрові, організаційні та соціокультурні.

### **Нормативно-правові бар'єри:**

- відсутність чітких національних стандартів взаємодії між лікарями, психологами й іншими фахівцями;
- різна практика надання послуг із психологічної підтримки залежно від регіону;
- відсутність окремих механізмів фінансування послуг із ПЗ поза центрами психічного здоров'я.

**Як подолати:** використовувати міжнародні протоколи до створення національних; адвокатувати інтегровану модель надання послуг із ПЗ на рівні ПМД в межах Програми медичних гарантій.

### **Кадрові бар'єри:**

- дефіцит підготовлених психологів / клінічних психологів;
- перевантаження фахівців, які вже працюють у ЗОЗ;
- базова освіта психологів часто не передбачає роботу з пацієнтами з тяжкими соматичними, хронічними чи посттравматичними станами.

**Як подолати:** розширювати післядипломні освітні програми; упроваджувати підхід task-sharing (передачу окремих завдань навченим медичним сестрам або соціальним працівникам); розвивати систему супервізій для молодих фахівців.

### **Організаційні бар'єри:**

- відсутність у багатьох ЗОЗ налагодженої командної взаємодії;
- нерегулярні або відсутні міжпрофесійні наради;
- відсутність спільної електронної картки пацієнта і чіткого протоколу направлення до психолога.

**Як подолати:** розвивати мультидисциплінарний підхід у ЗОЗ; запроваджувати регулярні наради МДК; створювати єдині цифрові платформи та внутрішні стандарти взаємодії.

### **Соціокультурні бар'єри:**

- стигматизація та упередження щодо звернення до психолога;
- недовіра пацієнтів до психологічної допомоги;
- низька мотивація звертатись по підтримку на ранніх етапах проблеми.

**Як подолати:** зробити психоосвіту обов'язковою частиною роботи лікарів і медичних сестер; проводити тренінги з міжпрофесійної взаємодії; організовувати просвітницькі кампанії про культуру психічного здоров'я спільно з громадами.

## 3.6. Внутрішня та зовнішня маршрутизація

Під маршрутизацією розуміють визначення оптимального шляху пацієнта / клієнта від першого контакту до отримання повного спектра послуг у межах одного ЗОЗ чи міжвідомчо. У міжнародній практиці цей підхід пов'язують із поняттями *continuum of care* (безперервність допомоги) та *integrated care pathways* (інтегровані маршрути допомоги).

У сфері психологічної допомоги **маршрутизація** набуває особливого значення, коли пацієнт має коморбідні стани, наприклад поєднання депресивного епізоду з діабетом або посттравматичний стресовий розлад у ветерана, який паралельно потребує фізичної реабілітації та соціального супроводу. У таких випадках маршрут забезпечує узгодженість роботи різних фахівців і своєчасне отримання допомоги.

Для України, де формується мережа центрів ментального (психічного) здоров'я та інтегруються психологи в МДК, чіткі алгоритми маршрутизації є критично важливими для швидкого доступу до послуг, оптимального використання ресурсів і запобігання «втраті» пацієнтів на будь-якому етапі лікування.

### Внутрішня маршрутизація

Внутрішня маршрутизація — це переміщення пацієнта між різними підрозділами одного ЗОЗ для своєчасного отримання допомоги. Її завдання — забезпечити безперервність лікувально-реабілітаційного процесу, мінімізувати дублювання процедур, оптимізувати ресурси й підвищити задоволеність пацієнтів.

У межах МДК внутрішня маршрутизація включає і медичні, і психологічні елементи. Наприклад, пацієнта травматологічного відділення, який демонструє ознаки тривоги або депресії, можна скерувати до психолога ще до виписки. Ініціатором перенаправлення може бути будь-який член команди: лікар, медична сестра, фізичний терапевт, соціальний працівник чи психолог.

### Алгоритм внутрішнього перенаправлення



Рисунок 11. Алгоритм внутрішнього перенаправлення

## Що є важливим під час внутрішньої маршрутизації?

Внутрішня маршрутизація має бути:

- **швидкою** — особливо у випадках гострого дистресу, агресії, суїцидальних думок, панічних нападів;
- **конфіденційною** — пацієнт не має проходити через простір, де відсутня приватність;
- **координованою** — усі члени команди знають причину перенаправлення та свою роль у подальших діях.

Пацієнти, які потребують психологічної допомоги, мають низку особливостей, що впливають на логіку та алгоритм внутрішньої маршрутизації. Тригером можуть стати поведінковий маркер, вербальні висловлювання або навіть невербальні сигнали, які помітив будь-хто з персоналу. Наприклад, для пацієнтів із вираженою тривогою, суїцидальними думками, гострими реакціями на стрес чи проявами агресії внутрішня маршрутизація виконує функцію **мінімізації ризику поглиблення кризового стану**.

Внутрішнє перенаправлення пацієнта, який потребує психологічної допомоги, часто має відбуватись протягом **мінімального часу** від моменту виявлення проблеми до консультації відповідного фахівця. Затримка навіть у кілька годин у випадках гострого розладу (дистресу) може призвести до ескалації симптомів або небезпечної поведінки.

Під час перенаправлення важливо зберегти **безперервність контакту**. Наприклад, якщо пацієнт у реабілітаційному відділенні ділиться з фізичним терапевтом, що відчуває безсенсовність подальшого життя, і той вирішує ініціювати консультацію психолога, важливо, щоб хтось із персоналу залишався з пацієнтом до моменту приходу психолога. Це знижує рівень тривоги та формує відчуття безпеки.

Сучасні електронні системи дають можливість відстежувати маршрут у режимі реального часу, але ключовою залишається якісна комунікація між фахівцями. Внутрішня маршрутизація повинна містити **короткий брифінг** для фахівця, який приймає пацієнта, щодо:

- причин перенаправлення;
- останніх подій або висловлювань пацієнта;
- особливостей психоемоційного стану;
- потенційних ризиків (агресії, самопошкодження, психотичних симптомів).

Також важливо враховувати особливості середовища: наявність приватного приміщення, можливість швидкого доступу до консультації, мінімізацію перебування пацієнта в шумних чи перевантажених просторах.

Якщо психолог виявляє фактори, які можуть впливати на лікувальний процес (наприклад, відмову від реабілітації через депресивні переконання), він передає цю інформацію лікарю та МДК для узгодження спільної тактики.

## Зовнішня маршрутизація

Зовнішня маршрутизація — це організоване перенаправлення пацієнта до іншого закладу або сервісу, який має ресурси та компетенції, недоступні в поточному ЗОЗ. На відміну від внутрішньої вона потребує більшої координації, міжвідомчих угод і взаємодії різних систем: медичної, соціальної, освітньої, правоохоронної. У багатьох країнах цю функцію виконує **кейс-менеджер**, а в українських реаліях часто саме психолог стає ключовою особою, яка супроводжує пацієнта між установами, забезпечуючи підтриманий і безпечний перехід.

Міжнародний досвід демонструє, що ефективна система зовнішньої маршрутизації має три основні складові:

- **єдиний цифровий простір** даних пацієнта, який забезпечує всім залученим установам доступ до електронної медичної картки клієнта;
- **міжвідомчі угоди**, які містять чітко прописані алгоритми дій у кризових і планових випадках;
- **кейс-менеджмент** на всіх етапах маршруту, що зменшує ризик «випадіння» клієнта із системи.

### Єдиний цифровий простір

Для ефективного функціонування зовнішньої маршрутизації в Україні ЕСОЗ та інші електронні системи (наприклад, соціальної, освітньої сфер) мають бути інтероперабельними. Без цього фахівці різних установ змушені дублювати запити й повторно збирати інформацію. У різних країнах діють різні системи, такі як:

- Spine у Великій Британії (підтримує IT-інфраструктуру охорони здоров'я та соціального забезпечення, об'єднуючи понад 44 000 IT-систем охорони здоров'я з 26 000 організацій);
- MedMij у Нідерландах (стандарт для безпечного обміну медичними даними між користувачами медичних послуг і постачальниками послуг та пацієнтськими організаціями через «особистий простір здоров'я»);
- електронні картки пацієнтів в Естонії, які інтегровані з іншими державними системами.

Стандартизовані електронні форми направлень дають змогу уніфікувати ключові дані (діагноз, результати, план терапії, ризики), а перенаправлення пацієнта може відбутися за хвилини, що критично важливо в кризових випадках. Автоматизовані системи допомагають відстежувати середній час перенаправлення, частоту повторних звернень чи причини відмов, що формує базу для управлінських рішень. Водночас виникають виклики захисту даних і кібербезпеки: психологічна інформація є чутливою, і будь-який витік може мати серйозні наслідки.

### Міжвідомча взаємодія

У світі застосовуються різні моделі організації міжвідомчої взаємодії. Формалізовані мережі гарантують чіткі ролі та юридичну визначеність, але потребують часу для впровадження. Кризова інтеграція дає швидкий ефект у надзвичайних ситуаціях, проте зникає після завершення кризи. Моделі «єдиного вікна» скорочують час і ризики, однак для них потрібні значні ресурси. Гнучкі мережі поєднують офіційні домовленості з неформальними зв'язками і є найпоширенішими в українських реаліях.

**Таблиця 11. Моделі міжвідомчої взаємодії, їх переваги та обмеження**

МОДЕЛЬ	ПЕРЕВАГИ	ОБМЕЖЕННЯ
Формалізована	Передбачуваність, чіткі правила	Повільне впровадження, бюрократичність
Кризова інтеграція	Швидкість реагування	Нестійкість після завершення кризи
«Єдине вікно»	Мінімізація ризиків і часу переходів	Висока ресурсозатратність
Гнучкі мережі	Адаптивність, швидке узгодження	Залежність від неформальних контактів

## Алгоритм зовнішнього перенаправлення

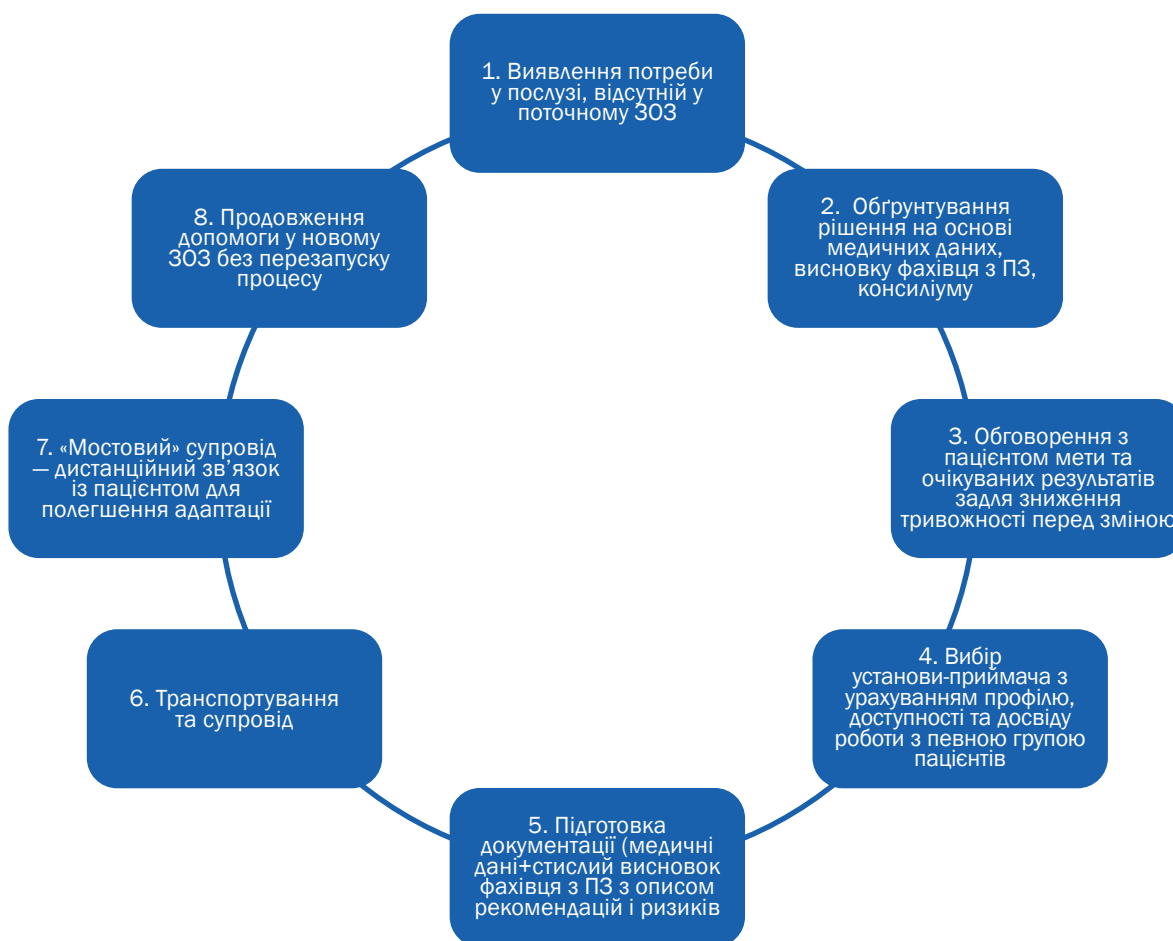


Рисунок 12. Алгоритм зовнішнього перенаправлення

### Приклади сценаріїв зовнішньої маршрутизації

- **Військові та ветерани:** після стаціонарного лікування в шпиталі їх можна переводити до цивільних реабілітаційних центрів, де поєднуються фізична, психологічна та соціальна реабілітація.
- **Діти із психологічними або поведінковими розладами:** часто потребують переведення з лікарень загального профілю до спеціалізованих дитячих психіатричних чи психотерапевтичних центрів або інклюзивно-ресурсних центрів.
- **Особи з ПТСР після травматичних подій:** перенаправлення з відділень невідкладної допомоги чи загальних лікарень до кризових центрів або служб психологічної допомоги в громадах.
- **Пацієнти з коморбідними станами (залежність + психічний розлад):** направлення до установ, де є мультидисциплінарні програми лікування залежностей із психотерапевтичним супроводом.

### Приклади систем маршрутизації у сфері ПЗ з міжнародної практики

- **NHS (Велика Британія)** — працює на основі покрокової моделі надання допомоги (SCM), яка дає можливість швидко підвищити або знизити рівень підтримки без «обривів» маршруту пацієнта / клієнта. У межах програми NHS Talking Therapies діють стандартизовані клінічні шляхи, які визначають терміни, інструменти оцінки та відповідальних на кожному етапі — від скринінгу до реабілітації.

- **VA (США)** — департамент із роботи з ветеранами, що фокусується на комплексному підході до вирішення проблем ветеранів через роботу МДК та кейс-менеджмент, а також має розвинений компонент післякризової допомоги: програми ресоціалізації, житлової підтримки та працевлаштування для ветеранів.

- **Канадська Асоціація ментального здоров'я СМНА (Канада)** — уособлює принцип «груда на першому місці» (community first) та має осередки в 330 громадах країни. Організація працює «знизу вгору»: маршрут клієнта починається на рівні громади, де людина має низький поріг доступу до базової психологічної підтримки та навігації. Це знижує ризик «втрати» пацієнтів на старті та дає відчуття контрольованості процесу.

## Бар'єри в розвитку системи маршрутизації та шляхи їх подолання

### Нормативні бар'єри:

- відсутність уніфікованих стандартів міжвідомчої взаємодії;
- труднощі з обміном медичними й соціальними даними.

**Як подолати:** розробити національні протоколи, укласти міжвідомчі угоди, гармонізувати підходи між секторами.

### Організаційні бар'єри:

- фрагментованість системи;
- відсутність чітких алгоритмів переходу між рівнями допомоги.

**Як подолати:** впровадити маршрутні карти, створити координаційні механізми, забезпечити обов'язковий зворотний зв'язок.

### Кадрові бар'єри:

- недостатня обізнаність персоналу з логікою маршрутизації;
- відсутність відповідальних за супровід осіб.

**Як подолати:** навчання, міжпрофесійні тренінги, інтеграція модулів про маршрутизацію в програми БПР.

### Технологічні бар'єри:

- несумісні цифрові системи;
- відсутність електронних направлень.

**Як подолати:** інтероперабельність, цифровізація, єдиний формат направлення.

### Соціокультурні бар'єри:

- стигматизація та недовіра до психологічної підтримки;
- слабка культура командної роботи.

**Як подолати:** просвітницькі кампанії, розвиток командної взаємодії, підсилення ролі пацієнта як партнера.

## Рекомендації щодо формування ефективної системи маршрутизації в Україні

Головний управлінський пріоритет ефективної системи маршрутизації — забезпечення безперервності маршруту пацієнта. Для України на нинішньому етапі впровадження навіть спрощених маршрутних карт, закріплення відповідальних осіб і використання мінімальних, але стабільних каналів обміну даними допоможе створити зрозумілі та керовані маршрути для пацієнта.

**Таблиця 12. Елементи ефективної системи маршрутизації пацієнтів**

ЄДИНА ЦИФРОВА ПЛАТФОРМА	CASE-МЕНЕДЖЕР ДЯ СУПРОВОДУ	КОМАНДИ ШВИДКОГО РЕАГУВАННЯ	ФІНАНСОВА КОМПЕНСАЦІЯ
Впровадження захищеної цифрової платформи для безперебійного обміну даними між медичними, психологічними та соціальними службами, забезпечуючи координацію та уникнення дублювання послуг.	Запровадження ролі case-менеджера для координації комплексного супроводу пацієнтів, що потребують допомоги різних установ, долаючи адміністративні та логістичні перешкоди.	Створення міжвідомчих команд (медики, психологи, соцпрацівники) для оперативного реагування у невідкладних випадках, стабілізації ситуації та направлення людей до відповідних служб.	Запровадження фінансових механізмів для покриття витрат на транспорт та супровід пацієнтів, щоб брак коштів не був перешкодою для отримання необхідної допомоги.
<b>РОЗШИРЕННЯ МЕРЕЖІ ЦЕНТРІВ</b>			
Пріоритетне розширення мережі спеціалізованих центрів, особливо в регіонах з низькою доступністю послуг, для забезпечення рівного доступу до якісної підтримки.			

Для ефективного функціонування системи маршрутизації у сфері охорони ПЗ необхідно:

- упровадити **єдину цифрову платформу**, яка забезпечуватиме безперебійний обмін даними між медичними, психологічними та соціальними службами. Така платформа повинна мати захищений доступ, уніфіковані протоколи введення та обробки інформації, а також інтеграцію з національними реєстрами, що дасть змогу координувати дії різних фахівців і уникати дублювання послуг;
- запровадити **систему кейс-менеджменту** для складних випадків, коли клієнт потребує комплексного супроводу. Кейс-менеджер має контролювати весь маршрут клієнта, забезпечувати йому своєчасне отримання послуг і допомагати долати адміністративні чи логістичні бар'єри;
- створити **міжвідомчі команди швидкого реагування**, до складу яких входитимуть медичні працівники, фахівці з ПЗ, соціальні працівники та, за потреби, представники правоохоронних органів. Такі команди зможуть оперативно виїжджати на місце події для стабілізації ситуації та подальшого спрямування людини до відповідних служб;
- розробити **фінансові механізми** для покриття витрат, пов'язаних із транспортом і супроводом пацієнтів, які дають змогу компенсувати ці витрати ЗОЗ або безпосередньо сім'ям, щоб людина не відмовилась від допомоги через брак коштів;
- розбудовувати **мережу спеціалізованих центрів із ПЗ**, особливо в регіонах із низькою доступністю медичних і психологічних послуг, що забезпечать людям рівні можливості для одержання якісної медичної, психологічної та соціальної підтримки незалежно від місця проживання.

Маршрутизація є ключовим елементом безперервної та якісної допомоги. Вона забезпечує своєчасне залучення психолога, узгоджену роботу МДК та плавні переходи між рівнями послуг. Для України пріоритетом на найближчі роки є формування зрозумілих маршрутних карт, визначення відповідальних осіб і запуск інтероперабельних цифрових рішень. Це створить основу для системи, у центрі якої — пацієнт і його безпечний, підтриманий шлях до одужання.

### 3.7. Кейс-менеджмент і персоналізований підхід у наданні психологічної та психосоціальної допомоги

Розбудова національної системи охорони ПЗ створює можливості для адаптації найкращих міжнародних практик надання послуг із питань ПЗПСП, зокрема таких як **кейс-менеджмент і персоналізований підхід**. Обидві практики можна розглядати як взаємодоповнювані: кейс-менеджмент сприяє формуванню моделі допомоги, орієнтованої на довготривале відновлення, та ефективному координуванню процесів її надання, а застосування персоналізованого підходу дає можливість будувати підтримку з урахуванням поточних життєвих обставин, цінностей, культурних особливостей і ресурсів кожного клієнта.

**Кейс-менеджмент у сфері ПЗ** — це системний підхід до організації допомоги, який забезпечує

#### Персоналізований підхід

У 1950-60-х років психолог Кал Роджерс вперше застосував термін «людиноцентрична» в контексті психотерапії, наголошуючи на емпатії та індивідуальній перспективі.

У 1970-х роках американський психіатр Джорж Енгель започаткував біопсихосоціальну модель надання допомоги, яка базується на ідеї пацієнтоцентричності.

У Великій Британії персоналізований підхід до надання допомоги закріплений в законі про реформування надання соціальної допомоги дорослим у 2014 році (Care Act 2014) та у 10-річному плані розвитку системи ОЗ (10 Year Health Plan for England), опублікованому у 2019 році.

Кейс-менеджмент почали застосовувати у США в 1970-80-х роках для координації допомоги людям із хронічними психічними розладами після деінституціалізації. Згодом кейс-менеджмент став інструментом не лише у сфері психіатрії, а й у соціальній роботі, реабілітації ветеранів, охороні дитинства.

У Великій Британії елементи кейс-менеджменту інтегровані в національну систему ОЗ (NHS), де пацієнти з психічними розладами отримують персонального координатора, який забезпечує безперервність допомоги.

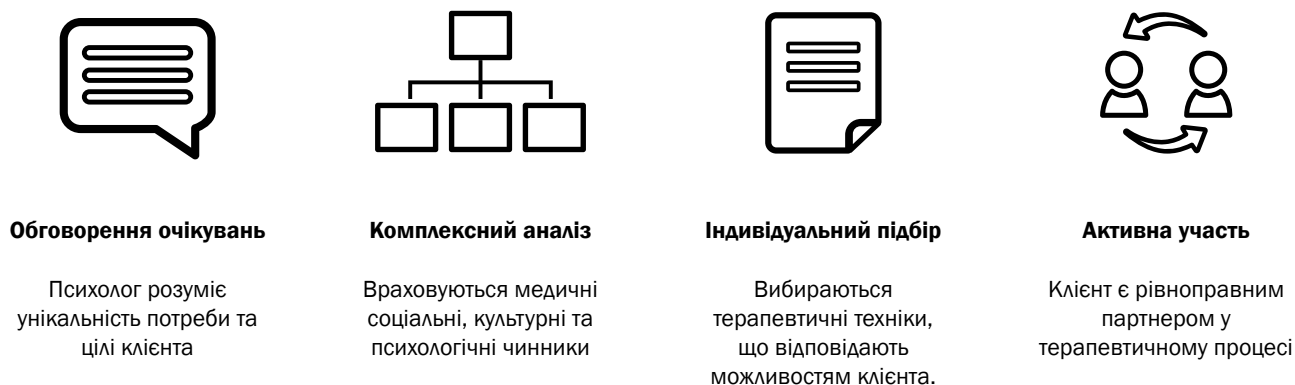
У Канаді та країнах ЄС кейс-менеджмент є ключовою практикою у сфері соціальної підтримки та психічного здоров'я громад.

пацієнту / клієнту комплексний супровід і координацію всіх необхідних медичних послуг, послуг із питань ПЗПСП та інших допоміжних послуг відповідно до розробленого плану допомоги чи догляду<sup>43</sup>. За пацієнтом / клієнтом закріплюється фахівець — кейс-менеджер, який бере на себе завдання збору інформації про потреби клієнта, складання індивідуального плану допомоги, організації доступу до послуг, моніторингу прогресу та підтримки в кризових ситуаціях. Такий підхід сприяє уникненню фрагментації, дублювання послуг і втрати клієнта «між інстанціями». Застосування кейс-менеджменту особливо потрібне в роботі з ветеранами, внутрішньо переміщеними особами, дітьми, які пережили травматичні події, людьми з хронічними психічними розладами чи подвійними

потребами (наприклад, психічними та соматичними), а також, коли потрібні водночас і медична допомога, і соціальна реінтеграція.

**Персоналізований підхід** до надання медичної та психологічної допомоги ґрунтується на визнанні унікальності кожної людини та означає, що кожен клієнт / пацієнт має вибір і контроль щодо того, яка допомога йому надається та як саме. У психологічній практиці персоналізований підхід охоплює не лише адаптацію інтервенцій під клінічний стан, а й глибше врахування історії клієнта, сімейних чинників, культурних особливостей і доступних ресурсів громади.

Суть персоналізованого підходу в психологічній практиці зображена на схемі.



**Рисунок 13. Персоналізація в психологічній практиці**

### Функції кейс-менеджменту

**Кейс-менеджмент є важливим інструментом у системі психосоціальної допомоги.** Він забезпечує координацію послуг і сприяє тому, щоб клієнт отримував комплексну підтримку відповідно до своїх потреб. У таблиці нижче наведено основні функції кейс-менеджменту та приклади їх практичного застосування.

**Таблиця 13. Основні функції кейс-менеджменту в системі психосоціальної допомоги**

ФУНКЦІЯ	СУТЬ	ПРИКЛАД ЗАСТОСУВАННЯ
<b>Клінічна</b>	Взаємодія між медичними й психологічними службами	Участь фахівця з ПЗ в роботі МДК
<b>Соціальна</b>	Залучення ресурсів соціального захисту, правової допомоги, освітніх і трудових інституцій	Допомога ВПО з житлом і працевлаштуванням
<b>Адміністративна</b>	Координація взаємодії між різними установами, оптимізація маршруту клієнта	Отримання різних видів допомоги або супроводу в одному центрі
<b>Мотиваційна</b>	Формування в пацієнта відчуття безпеки та впевненості, що його потреби будуть ураховані	Регулярні зустрічі для підтримки клієнта

## Принципи кейс-менеджменту

Кейс-менеджмент у сфері ПЗ ґрунтується на низці ключових принципів, які забезпечують його ефективність і дають фахівцю з ПЗ змогу будувати роботу в інтересах людини, зберігаючи баланс між можливостями системи ОЗ та індивідуальними потребами клієнта.

**Таблиця 14. Ключові принципи кейс-менеджменту та їх застосування в роботі з клієнтом**

ПРИНЦИП	ПОЯСНЕННЯ
<b>Індивідуалізація допомоги</b>	Кожна людина має унікальний набір потреб, ресурсів і викликів. Тому план допомоги чи супроводу формується не за стандартною схемою, а з урахуванням конкретних обставин клієнта. Індивідуалізація дає змогу уникати «типових рішень» і забезпечує реальну ефективність допомоги
<b>Координація послуг</b>	Людина, яка звертається по допомогу з питань ПЗПСП, часто має справу з кількома фахівцями: психологом, лікарем, соціальним працівником, юристом, педагогом. Кейс-менеджер виступає центром координації для команди фахівців та допомагає клієнту уникати плутанини, дублювання процедур і зайвого навантаження
<b>Безперервність підтримки</b>	Психологічна допомога рідко буває одноразовою подією, оскільки людина може проходити через кризи, стабілізацію та повторні загострення. Принцип безперервності означає, що супровід триває стільки, скільки потрібно клієнтові, а вихід із системи відбувається поступово, з урахуванням його готовності. Це особливо важливо для людей із посттравматичним стресовим розладом чи залежностями, де процес відновлення може бути тривалим і хвилеподібним
<b>Мультидисциплінарність</b>	Мультидисциплінарний підхід дає можливість враховувати різні аспекти (медичні, соціальні, правові, матеріальні) життєвих обставин клієнта при розробці індивідуального плану допомоги чи супроводу та постановки цілей
<b>Активна участь клієнта</b>	Кейс-менеджмент будується на партнерстві. Це означає, що клієнт разом із кейс-менеджером формулює цілі, бере участь у виборі втручань та оцінці результатів. Такий підхід формує відповідальність і підсилює мотивацію до змін. Наприклад, клієнт може сам визначити, що його пріоритетом є повернення до роботи, а завданням команди фахівців стане створення умов для цього — від психологічної підтримки до юридичного супроводу

## Етапи кейс-менеджменту

Кейс-менеджмент передбачає шість взаємопов'язаних етапів, що утворюють цикл, який можна повторювати при зміні потреб клієнта. Кожен з етапів має свої завдання та очікувані результати. Разом вони утворюють цілісну логіку допомоги від першого контакту до підтримки автономії клієнта. Така модель дає можливість систематизувати допомогу, зробити її прозорою та прогнозованою, зберігаючи водночас гнучкість і чутливість до індивідуальних обставин.



**Рисунок 14. Етапи та логіка кейс-менеджменту**

## Інструменти і методи кейс-менеджменту

Ефективність кейс-менеджменту залежить не лише від моделі роботи, а й від того, наскільки якісно кейс-менеджер володіє інструментами, що сприяють структуруванню процесу допомоги, відстежуванню динаміки та координуванню взаємодії між фахівцями. Ці інструменти забезпечують прозорість, передбачуваність і чутливість системи до змін у житті клієнта.



### Індивідуальний план допомоги

Базовий інструмент, що визначає потреби клієнта (психологічні, медичні, соціальні), цілі, перелік послуг та відповідальних осіб.

Складається спільно з клієнтом і регулярно переглядається.



### Картка маршрутизації клієнта

Відстежує шлях клієнта в системі, фіксуючи надані послуги, перенаправлення та результати.

Запобігає дублюванню послуг та гарантує, що клієнт не загубиться.



### Цифрові платформи та електронні системи

Інтеграція цифрових технологій (бази даних, онлайн-платформи) спрощує комунікацію, забезпечує прозорість та дозволяє вести статистику для оцінки ефективності програм.



### Інструменти моніторингу та оцінки

Регулярне відстеження результатів та корекція плану.

Використовуються щоденники клієнта, анкети самооцінки та зворотний зв'язок від родини.



### Мультидисциплінарні консилиуми

Командні зустрічі фахівців різних профілів для обговорення складних випадків та пошуку оптимальних рішень, забезпечуючи єдину стратегію.

Рисунок 15. Інструменти та методи кейс менеджменту

## Індивідуальний план допомоги / супроводу

Це основний робочий документ кейс-менеджера та центральний елемент усього процесу. План формується спільно з клієнтом, базується на його потребах, цілях і готовності до змін, а також регулярно переглядається. Він визначає пріоритети, конкретні завдання, очікувані результати і відповідальних осіб.

У додатках міститься чекліст складання індивідуального плану допомоги / супроводу.

## Картка маршрутизації

Цей інструмент дає змогу відстежувати шлях клієнта між різними сервісами — медичними, психологічними, соціальними, реабілітаційними чи правовими. Картка допомагає уникати «провалів» у комунікації між установами та забезпечує узгодженість маршруту.

## Інструменти моніторингу та оцінки

Для відстеження виконання індивідуального плану та змін у стані клієнта можуть використовуватись:

- **щоденники самоспостереження** — короткі записи про самопочуття, події, труднощі;
- **анкети самооцінки** для визначення рівня тривожності, депресії, стресу, емоційної регуляції;
- **опитувальники** якості життя для оцінки впливу втручань на повсякденне функціонування;
- **зустрічі з родиною** — важливе джерело зворотного зв'язку щодо змін у поведінці та ресурсах клієнта.

Ці інструменти дають змогу побачити прогрес у динаміці та корегувати план підтримки відповідно до реальних потреб.

## Цифрові платформи та електронні системи

Сучасний кейс-менеджмент значною мірою спирається на цифрові рішення. Платформи та застосунки використовуються для:

- комунікації між клієнтом і фахівцями;
- координації міжвідомчої взаємодії;
- доступу до історії супроводу;
- нагадувань і моніторингу (наприклад, заповнення шкал чи завдань).

Цифрові системи підвищують прозорість, дають можливість уникнути дублювання та формують безпечний простір для збереження важливої інформації.

## Мультидисциплінарні консилиуми

У складних випадках кейс-менеджер ініціює командні обговорення за участі психологів, лікарів, соціальних працівників, юристів, педагогів чи інших залучених фахівців. Мета — виробити єдину стратегію дій та узгодити відповідальність кожного. Такий підхід забезпечує цілісність підтримки та врахування різних аспектів ситуації клієнта.

Кейс-менеджмент і персоналізований підхід формують основу сучасної системи психологічної та психосоціальної допомоги. Кейс-менеджмент забезпечує координацію та безперервність, персоналізова-

ний підхід — чутливість до унікальності кожної людини. Разом вони створюють умови для ефективного, цілісного та гідного супроводу пацієнтів і клієнтів у системі охорони здоров'я та поза її межами. Хоча у світі кейс-менеджмент є усталеною практикою, в Україні він досі не закріплений на законодавчому рівні як стандарт у сфері психічного здоров'я.

#### Упровадження кейс-менеджменту в Україні потребує:

- розробки відповідних політик та інструкцій;
- професійної підготовки кейс-менеджерів, навчання фахівців із ПЗ та соціальних працівників щодо того, як формувати МДК та комплексно працювати з клієнтами;
- розвитку цифрових рішень та електронних платформ для ведення клієнтів і налагодження прозорої комунікації між службами;
- просвітницької роботи з населенням, спрямованої на подолання стигми та негативного досвіду отримання послуг із ПЗ;
- проактивної позиції надавачів медичних, психологічних і соціальних послуг.

### 3.8. Звітність і ведення службової документації фахівцем із психічного здоров'я

Ведення облікової документації та звітності є невід'ємною складовою професійної діяльності кожного фахівця сфери ОЗ, зокрема й фахівців, що надають послуги ПЗПСП. Якісно задокументовані дані забезпечують прозорість, створюють основу для планування ресурсів, аналізу та прийняття управлінських рішень, оцінки ефективності роботи фахівця, служби чи установи в цілому.

Згідно з наказом МОЗ «Про затвердження змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» від 25.01.2023 № 138<sup>14</sup>, фахівці з ПЗ повинні знати законодавство про ОЗ і нормативно-правові акти, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я та організацію психологічної допомоги населенню, а також правила оформлення медичної документації, зокрема і в електронній формі. Наказ МОЗ «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню» від 13.12.2023 № 2118<sup>2</sup> визначає, що відомості про кожен випадок надання психосоціальної допомоги повинні відображатись у медичній документації пацієнта за формами первинної облікової документації.

У практиці фахівця з ПЗ чи соціального працівника документація виконує кілька важливих функцій:

- **інформаційну:** дає можливість фіксувати динаміку стану клієнта, відобразити надані послуги, вести облік звернень;
- **правову:** служить підтвердженням виконання професійних обов'язків і дотримання стандартів;
- **організаційну:** сприяє координації дій у межах МДК;
- **аналітичну:** уможливорює узагальнення результатів роботи, виявлення тенденцій і планування подальших кроків.

Сприймайте вимогу щодо якісного заповнення документації не як формальність, а як інструмент підвищення якості послуг із питань ПЗ та запоруку вашого професійного захисту.

## Типи документації фахівця з ПЗ

### Первинна облікова документація (форми МОЗ)

Це паперові або електронні документи, які фіксують первинні медичні записи та дані про стан здоров'я пацієнта і створюються під час надання допомоги (наприклад, історії хвороби, амбулаторні картки, лабораторні записи, консультативні висновки тощо).

Відповідно до наказу МОЗ «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування» від 14.02.2012 № 110<sup>15</sup>, фахівець із ПЗ в ЗОЗ повинен заповнювати такі форми залежно від рівня надання допомоги:

- *медичну карту амбулаторного хворого №\_\_* (форма № 025/о) — містить записи про психоемоційний стан, консультації, психодіагностику, рекомендації тощо;
- *консультативний висновок спеціаліста* (форма № 028/о) — відображає результати досліджень, висновки та рекомендації спеціалістів, зокрема й фахівця з ПЗ;
- *журнал реєстрації амбулаторних пацієнтів* (форма № 074/о) — використовується для реєстрації звернень;
- *медична карта стаціонарного хворого №\_\_* (форма № 003/о) — фіксує дані щодо перебігу лікування в стаціонарі, зокрема й висновки фахівця з ПЗ та результати обстежень.

У 2025 році в надавачів медичних послуг з'явилась можливість реєструвати таких медичних працівників, як клінічний психолог (Р285) і психотерапевт (Р286), через медичні інформаційні системи (МІС), які підключені до ЕСОЗ. Ці фахівці мають можливість обліковувати в ЕСОЗ медичні записи про надані пацієнту медичні послуги, зокрема процедуру, діагностичний звіт і спостереження.

Також із вересня 2025 року НСЗУ оновила правила обліку та кодування **амбулаторних** медичних послуг у межах класу «Психологія» сервісу «Консультування та лікування», зокрема:

- послуги, які надав психолог, обліковуються таким чином: Посада Р285 Клінічний психолог, інтервенція з консультування «А67001 Консультація Іншого спеціаліста», обов'язкова інтервенція «9555010 Суміжна медична інтервенція, психологія»;
- послуги, які надав психотерапевт, обліковуються таким чином: Посада Р286 Психотерапевт, інтервенція з консультування «А67001 Консультація Іншого спеціаліста», обов'язкова інтервенція «9555010 Суміжна медична інтервенція, психологія»;
- направлення може бути виписане на інтервенцію «95550-10 Суміжна медична інтервенція, психологія».

Після закінчення використання форми первинної облікової документації повинні зберігатись протягом визначеного терміну з дотриманням правил захисту персональних даних і доступу до них.

## **Додаткова документація (затверджена внутрішніми наказами 303)**

Наразі МОЗ не затвердило уніфікованих форм документації фахівця з ПЗ, які відображали б суть його роботи з клієнтом. Однак ведення таких форм є важливим і рекомендованим, оскільки забезпечує послідовність психологічної допомоги, фіксує логіку рішень, а також служить джерелом даних для звітності та супервізійного аналізу. Такі форми повинні затверджуватись внутрішнім наказом 303 (або як додатки до «Положення про психологічну службу») із зазначенням їх структури, інструкції щодо заповнення та строків зберігання.

**Рекомендований загальний перелік документації для фахівця з ПЗ** (див. додаток «Рекомендовані форми документації та звітності психолога»):

- **індивідуальний план надання психологічної допомоги або супроводу** — складається у випадках, коли робота з клієнтом передбачає системний процес, від кількох сесій до тривалої програми психологічного супроводу. План містить опис запиту чи психологічної проблеми клієнта, цілей і методів психологічної підтримки, перелік інтервенцій, прогноз щодо відновлення та оцінку динаміки;
- **протокол індивідуальної або групової психологічної консультації (сесії)** — основним завданням є відтворення логіки процесу консультування. Необхідно коротко зазначити, що стало предметом звернення, у якому контексті відбулася зустріч, якими були основні спостереження, які методи застосовувались, а також висновки та рекомендації фахівця з ПЗ;
- **протокол психодіагностичного дослідження** — створюється в тих випадках, коли консультація передбачає застосування стандартизованих психодіагностичних методик (тестів, опитувальників, завдань). У протоколі необхідно відобразити мету обстеження, використані методики та назви тестів, результати і їх інтерпретацію в межах компетенції, узагальнені висновки обстеження та рекомендації. Цей документ може бути долучений до медичної карти пацієнта або зберігатись окремо;
- **журнал обліку консультацій і сесій** — ведеться постійно та містить записи про дату, час, тривалість, зміст проведених консультацій, терапевтичних сесій та інших утручань;
- **лист супервізії / професійного розбору випадку** — складається у випадках, коли фахівець із ПЗ потребує обміну досвідом щодо певної тематики чи випадку. У листі зазначаються суть запиту, короткий опис супервізійного обговорення, висновки фахівця з ПЗ за результатами обговорення, підписи фахівця і супервізора.

Також рекомендовано вести і зберігати форми інформованої згоди клієнта, скерування, шкали, тести та психологічні оцінювання, формулювання та підсумкові записи щодо роботи з клієнтом, зокрема й у разі його перенаправлення або «випадіння» з процесу надання допомоги або супроводу.

## **Спеціалізована документація**

Специфіка роботи фахівця з ПЗ може передбачати ведення додаткових форм документації. Нижче наведені два приклади з переліком рекомендованих форм для фахівців, які ведуть просвітницьку та реабілітаційну роботу.

**Рекомендована документація фахівця з ПЗ, що веде просвітницьку роботу (психоедукацію):**

- план просвітницьких заходів, який містить перелік тем, дат, формату, аудиторії заходів;
- протоколи проведених лекцій та/або тренінгів, які містять дані щодо кількості учасників і короткий опис тематики, висновків з обговорень та сесій запитань / відповідей;

- анкети та опитувальники для оцінки ефективності заходів, які заповнюють усі учасники до та після проведення заходу;
- презентаційні матеріали для заходу (презентації, буклети, відео).

Рекомендована документація фахівця з ПЗ, що проводить реабілітаційну роботу:

- індивідуальний план реабілітації — розробляється на основі комплексної оцінки стану пацієнта і визначає цілі, завдання, методи й терміни реабілітаційних заходів;
- журнал обліку консультацій і сесій — містить записи про дату, час, тривалість, зміст проведених консультацій, терапевтичних сесій та інших утручань;
- протоколи психологічних обстежень — документують результати діагностичних тестів, інтерв'ю та спостережень, а також висновки та рекомендації щодо подальшої роботи;
- звіти про динаміку реабілітаційного процесу — подаються періодично та відображають прогрес пацієнта, ефективність застосованих методів і потребу корекції плану реабілітації.

Документація щодо мультидисциплінарної взаємодії: включає записи про участь у командних нарадах, спільних консультаціях та узгоджених рішеннях щодо реабілітаційних заходів.

### Формати ведення документації



**Рисунок 16. Категорії інструментів для документування роботи з клієнтом**

У більшості випадків фахівці з ПЗ використовують змішаний формат ведення документації: роблять нотатки з проведених зустрічей із клієнтом на паперових носіях, вносять дані в МІС, заповнюють Excel-таблиці періодичної звітності та користуються цифровими інструментами і гугл-формами для організації взаємодії з клієнтом.

Використання **паперових носіїв** є досить поширеними, проте має вищі ризики втрати чи пошкодження записів. Пошук інформації потребує значних затрат часу.

**Електронні інструменти обліку** передбачають наявність навичок комп'ютерної грамотності та доступ до електронних систем ЗОЗ. Наприклад, окрім ЄСОЗ, можуть використовуватись додатковий функціонал МІС, внутрішні бази даних, електронні журнали та системи електронного документообігу для збереження й архівування звітів.

**Цифрові інструменти для повсякденної роботи** дають фахівцям із ПЗ можливість підвищити зручність і ефективність своєї роботи. Наприклад, для організації консультацій і супервізій можна використовувати календарі та планувальники, для дистанційних консультацій і підтримки — захищені месенджери та платформи відеоконференцій, для швидкого збору даних чи анкетування — онлайн-форми та опитувальники.

## Вимоги до ведення документації

Таблиця 14. Типові недоліки у веденні документації та рекомендації щодо їх виправлення

Незалежно від формату документацію потрібно вести чітко, зрозуміло й системно. Ведення документації має відповідати таким вимогам:

- коректність (відсутність помилок і двозначних формулювань);
- повнота (усі необхідні дані мають бути внесені: дата, час, зміст консультації, рекомендації);
- своєчасність (записи вносяться відразу після проведення консультації чи заходу, щоб уникнути викривлень і втрати інформації).

НЕДОЛІК	МОЖЛИВІ НАСЛІДКИ	ЯК ВИПРАВИТИ
<b>Формальний підхід до ведення записів: записи робляться поспіхом, лише для звітності, без відображення суті проведеної роботи</b>	Неможливість підтвердити обсяг чи зміст діяльності, оскільки документація не дає достатніх доказів	Фіксувати ключові деталі, ставитись до документації як до професійного захисту, використовувати уніфіковані та затверджені форми для фіксації інформації про клієнта
<b>Неповні або неточні записи: відкладання заповнення документів «на потім»</b>	Неточні формулювання, втрата важливих деталей, помилки в датах, прізвищах чи формулюваннях, що ускладнює аналіз і може вплинути на якість лікування	Робити записи щодо взаємодій і змін у стані клієнта одразу після консультації, перевіряти записи, користуватись уніфікованими формами, використовувати цифрові інструменти для оптимізації роботи. Це забезпечить актуальність інформації та прискорить реагування на потреби клієнта
<b>Втрата документів через неправильне зберігання або відсутність копій, технічні збої чи несанкціонований доступ</b>	Відсутність доказів щодо проведеної роботи та її якості, що може мати негативні наслідки для пацієнта й фахівця з ПЗ	Дотримуватись правил архівування, використовувати захищені електронні системи, створювати резервні копії
<b>Недотримання конфіденційності: недотримання правил доступу до записів, випадкове поширення даних у розмові про клієнта поза професійним контекстом тощо (див. Підрозділ 3.9)</b>	Порушення закону, втрата довіри, дисциплінарна, цивільна чи кримінальна відповідальність	Дотримуватись професійних та етичних норм, виконувати правила захисту персональних даних, обмежувати доступ до даних, користуватись захищеними каналами передачі даних

## Звітність фахівця з ПЗ

Звітність фахівця з ПЗ може бути **поточною** (відображає діяльність за певний період — місяць або квартал) і **річною** (стає базою для заснованих на даних планів розвитку, бюджетування, програмного забезпечення діяльності фахівця з ПЗ або психологічної служби). Поточні звіти містять і кількісну інформацію (наприклад, кількість індивідуальних, групових, повторних консультацій; кількість клієнтів, які демонструють покращення або відновлення, кількість скерувань тощо), і якісну (наприклад, класифікацію причин звернень, профайл клієнтів, досвід / задоволеність клієнтів).

Типовими прикладами звітності фахівця з ПЗ є:

- звіт про проведену роботу за певний період (місяць, квартал, рік) із кількісними підсумками роботи та аналізом змісту проведених консультацій, сесій, діагностичних досліджень тощо;
- аналіз ефективності психокорекційних заходів для пацієнтів, які отримують психологічну допомогу / супровід, з оцінкою динаміки стану пацієнтів;
- звіт про виконання програми заходів із психопрофілактики та психоосвіти з переліком заходів щодо збереження ПЗ персоналу ЗОЗ та/або пацієнтів.

Як у випадку документації, форми звітності фахівця з ПЗ та вимоги до їх наповнення повинні затверджуватись внутрішнім наказом ЗОЗ (або як додатки до «Положення про психологічну службу»).

Основною метою звітності фахівця з ПЗ є забезпечення прозорості роботи та ефективності психологічної допомоги, а також створення підґрунтя для прийняття управлінських рішень щодо покращення надання послуг із ПЗ на рівні ЗОЗ чи в громаді. Нижче наведені приклади показників роботи фахівця з ПЗ або психологічної служби в ЗОЗ, які можуть розраховуватись на основі облікової документації, та потенційних рішень, які можуть бути прийняті на основі аналізу цих показників.

**Таблиця 15. Приклади показників роботи фахівця з ПЗ, які можуть бути включені до форм звітності**

ПОКАЗНИК	ПОЯСНЕННЯ	МОЖЛИВЕ РІШЕННЯ
Кількість унікальних пацієнтів / клієнтів, що отримали послуги ПЗ в ЗОЗ за період (місяць, рік)	Дає змогу оцінити, наскільки забезпечується потреба в послугах ПЗ в громаді	Використати для пошуку додаткового фінансування чи розширення психологічної служби
Кількість пацієнтів, які потребували та отримали консультацію фахівця з ПЗ протягом 1-го дня або 3-х днів із моменту госпіталізації	Дає змогу порівняти потенційну потребу та фактичну завантаженість фахівців із ПЗ в ЗОЗ	Переконатись, наскільки ЗОЗ відповідає Технічним вимогам до пакетів ПМГ щодо послуг фахівця з ПЗ
Кількість пацієнтів/клієнтів, які: – отримали покращення стану ПЗ; – не повернулись після першого візиту; – «випали» з курсу терапії; – були перенаправлені на стаціонарне лікування чи до іншого фахівця; – вчинили самогубство тощо	Дає змогу оцінити якість та ефективність надаваних послуг ПЗ	Відповідно до результатів розробити плани щодо зниження або підвищення одного або кількох показників із метою покращення надання послуг ПЗ

<b>Відсоток пацієнтів відповідно до рівня задоволеності отриманими послугами; простором, у якому проходила взаємодія; строком очікування консультації тощо</b>	Дає змогу проаналізувати пацієнтський досвід і зіставити його з кількісними показниками звернень / консультацій/ тривалості терапій	Прийняти управлінські рішення щодо покращення якості та організації надання послуг ПЗ
<b>Кількість консультацій / сесій за день (зміну) та за місяць</b>	Дає змогу оцінити завантаженість фахівця з ПЗ	Залежно від результату прийняти рішення або про необхідність залучення додаткового спеціаліста, або про підвищення обізнаності серед пацієнтів ЗОЗ чи мешканців громади про роботу фахівця з ПЗ, покращення алгоритмів запису та скерування в межах ЗОЗ або громади тощо
<b>Розподіл кількості консультацій за причинами звернень</b>	Дає змогу оцінити специфіку запитів на психологічну допомогу серед клієнтів і проаналізувати, наскільки підготовка фахівця відповідає потребам клієнтів	Залежно від результату вирішити, чи потребує фахівець із ПЗ додаткового професійного розвитку за напрямками найбільш розповсюджених причин звернень
<b>Розподіл кількості консультацій за способом надання ПД (психологічна діагностика, перша психологічна допомога, кризове психологічне консультування, психологічне консультування, психотерапія, психологічна допомога в роботі мультидисциплінарної реабілітаційної команди) за місяць</b>	Дає змогу оцінити складність і комплексність допомоги, яку надає фахівець із ПЗ	Додатково проаналізувати, чи є надавана допомога ефективною, зокрема які причини відмови від терапії і чи можливі організаційні покращення
<b>Кількість супервізій, навчальних курсів і тренінгів, які пройшов фахівець із ПЗ</b>	Дає змогу оцінити професійний розвиток фахівця та його спроможність ефективно працювати із запитами клієнтів	Прийняти рішення щодо застосування матеріальних чи нематеріальних стимулів

## 3.9. Особливості забезпечення конфіденційності інформації у сфері психічного здоров'я

Конфіденційність у сфері психічного здоров'я має подвійну природу — **юридичну** та **етичну**. З одного боку, це правова вимога щодо захисту персональних даних, з іншого — ключовий елемент формування **довіри** між клієнтом і фахівцем.

Людина, яка звертається по допомогу до фахівця з ПЗ, відкриває найбільш вразливі частини свого внутрішнього світу: страхи, сумніви, особисті переживання. Вона має бути впевненою, що ця інформація не буде використана проти неї або передана стороннім особам без її згоди.

Забезпечення конфіденційності у сфері ПЗ спирається на положення Конституції України, Європейської конвенції з прав людини<sup>16</sup>, норм національного законодавства (ЗУ «Про захист персональних даних», «Про психіатричну допомогу» та інших), а також на етичні стандарти діяльності фахівців із ПЗ.

	Юридичний рівень	Етичний рівень
Джерело	Законодавство	Професійна етика
Мета	Захист персональних даних	Збереження довіри
Інструменти	Накази, форми, згоди	Позиція, культура, емпатія

**Таблиця 16. Подвійна природа конфіденційності в сфері психічного здоров'я**

### Міжнародна практика

У законодавстві країн ЄС певні види комунікації (особливо у сфері ОЗ) становлять професійну таємницю. Під професійною таємницею слід розуміти особливий етичний обов'язок, що приводить до юридичного обов'язку, притаманного певним професіям або функціям, які засновуються на вірі та довірі. Люди та установи, які виконують ці функції, зобов'язані не відкривати конфіденційну інформацію, отриману під час виконання своїх завдань. Професійна таємниця не є засадничим правом, однак вона захищається як форма права на повагу до приватного життя.

Взаємозв'язок між професійною таємницею та захистом персональних даних (ПД) часто є подвійним. З одного боку, правила та гарантії захисту ПД встановлені законодавством, допомагають забезпечити повагу до професійної таємниці. Наприклад, Загальний регламент захисту персональних даних GDPR (ЄС)<sup>17</sup> передбачає обробку даних про стан здоров'я, які становлять особливу категорію ПД і потребують більшого захисту за умови існування особливих заходів захисту суб'єкта ПД, зокрема забезпечення професійної таємниці. З іншого боку, обов'язки щодо професійної таємниці можуть обмежувати деякі права суб'єкта персональних даних, особливо право на отримання інформації<sup>18</sup>.

У разі витоку даних існують чіткі правила реагування, зокрема обов'язок повідомлення визначених законодавством органів і суб'єкта даних, документування інциденту та вжиття необхідних заходів. Наприклад, регламенти захисту персональних даних ЄС та США (GDPR та HIPAA<sup>19</sup>) визначають, що витік персональних даних, який може призвести до порушення прав і свобод людини, потребує негайного повідомлення самого клієнта, а також компетентних органів протягом 72 годин.

### Нормативно-правове підґрунтя забезпечення конфіденційності

Реформа системи охорони ПЗ передбачає поступову гармонізацію норм українського законодавства з європейськими й світовими принципами та стандартами, у яких конфіденційність розглядається як етична гарантія гідності людини. У таблиці наведені основні нормативно-правові акти (НПА) та деякі міжнародні документи, що регулюють питання захисту та обробки ПД, збереження лікарської (професійної) таємниці, забезпечення конфіденційності в роботі з клієнтом.

**Таблиця 17. Перелік основних НПА України та деяких міжнародних документів, що регулюють забезпечення конфіденційності у сфері ОЗ**

№	Нормативно-правовий акт	Дата ухвалення	Основний зміст норми	Необхідні дії
<b>НПА УКРАЇНИ</b>				
1	Конституція України (ст. 32)	28.06.1996	<p>Основоположна норма щодо права пацієнта на нерозголошення інформації про стан його здоров'я.</p> <p>Не допускається збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди.</p>	Залежно від результату вирішити, чи потребує фахівець із ПЗ додаткового професійного розвитку за напрямками найбільш розповсюджених причин звернень
2	Закон України «Про захист персональних даних» (№ 2297-VI) (ст. 7, 11, 24)	01.06.2010	<p>Визначає поняття ПД, передбачає обов'язкову згоду особи на обробку ПД, вимоги до захисту ПД, права суб'єкта даних.</p> <p>Дані про стан здоров'я належать до персональних даних; їх обробка можлива лише за згодою особи або в інших випадках, передбачених законом. Фахівець зобов'язаний забезпечити захист ПД від несанкціонованого доступу, пошкодження чи знищення.</p>	Фахівець із ПЗ зобов'язаний отримати інформовану згоду клієнта на обробку персональних даних і забезпечити їх надійне зберігання в паперовій та/або електронній формі.
3	Закон України «Про психіатричну допомогу» (№ 1489-III) (ст. 6)	22.02.2000	Відомості про стан психічного здоров'я, діагноз, лікування та факт звернення чи перебування в закладі з надання психіатричної допомоги чи про перебування в закладі соціального захисту є конфіденційними. Розкриття відомостей лише за усвідомленою письмовою згодою або в передбачених законом випадках.	Фахівець із ПЗ має отримувати усвідомлену згоду клієнта на розкриття чи передачу його ПД.

4	Основи законодавства України про охорону здоров'я (№ 2801-XII) (ст. 40)	19.11.1992	Визначено поняття «лікарської таємниці». Працівники сфери ОЗ не мають права розголошувати дані про хворобу, медичне обстеження, огляд і їх результати, інтимний і сімейний боки життя пацієнта.	Фахівець із ПЗ, який працює в ЗОЗ, підпадає під дію цього закону, а його записи в медичній карті клієнта мають статус медичного документа.
5	Наказ МОЗ № 2118 «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню» <sup>2</sup>	13.12.2023	Відомості про кожен випадок надання ПСД надавач ПСД відображає в медичній документації пацієнта за формами первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №___», № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого №___». Така інформація є відомостями про стан здоров'я особи і є лікарською таємницею.	Фахівець із ПЗ зобов'язаний вести медичну документацію та дотримуватись вимог щодо нерозголошення даних, які він вніс.
6	Наказ МОЗ № 138 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»» <sup>14</sup>	25.01.2023	Визначає знання та обов'язки фахівців із ПЗ, зокрема щодо ведення медичної документації та дотримання законодавства у сфері ОЗ та принципів професійної етики.	Фахівець із ПЗ несе відповідальність за збереження персональних даних клієнта як працівник системи ОЗ.
7	Етичний кодекс лікаря України	27.09.2009	Кожен пацієнт має право на зберігання особистої таємниці. Лікар, як і інші особи, які беруть участь у наданні медичної допомоги, зобов'язаний зберігати лікарську таємницю навіть після смерті пацієнта, як і факт звернення по медичну допомогу, за відсутності іншого розпорядження хворого або якщо це захворювання не загрожує його близьким і суспільству.	Фахівець із ПЗ повинен знати, що конфіденційність зберігається навіть після завершення консультування / лікування або смерті клієнта.

## МІЖНАРОДНІ ДОКУМЕНТИ

<b>1</b>	Європейська конвенція з прав людини (ст. 8) <sup>16</sup>	17.07.1997	Гарантує право на повагу до приватного і сімейного життя, до свого житла і кореспонденції.	Фахівець із ПЗ має усвідомлювати, що розголошення відомостей про стан здоров'я без згоди особи є порушенням її базових прав.  Навіть під час міждисциплінарних обговорень дозволяється лише така передача інформації, яка не дає змоги ідентифікувати клієнта.
<b>2</b>	Всесвітня декларація про біоетику та права людини (ЮНЕСКО) (ст. 9)	19.10.2005	Необхідно поважати право на приватне життя особи та конфіденційність персональної інформації, що її стосується. У максимально можливому обсязі така інформація про особу не повинна використовуватись або розголошуватись, окрім як для тих цілей, для яких вона була зібрана або для яких було надано згоду, відповідно до, зокрема, міжнародних норм щодо прав людини.	
<b>3</b>	Етичні кодекси професійних спільнот, зокрема таких як: European Federation of Psychologists' Associations (EFPA), European Association for Psychotherapy (EAP), American Psychological Association (APA):  - Meta-Code of Ethics (EFPA); - Statement of Ethical Principles of the (EAP); - Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct (APA) <sup>4</sup>	Постійно оновлюються	Визначають конфіденційність як один з основоположних принципів професійної діяльності, зокрема:  – конфіденційність поширюється на будь-яку форму інформації (письмову, усну чи електронну);  – розголошення даних можливе лише за добровільною згодою клієнта або в разі реальної загрози життю чи безпеці;  – фахівці ПЗ повинні інформувати клієнта про юридичні обмеження щодо конфіденційності;  – фахівці з ПЗ вживають заходів для збереження конфіденційності під час зберігання та знищення записів, а також у разі їхньої відсутності, та інше.	Фахівець із ПЗ повинен знати й дотримуватись етичних стандартів у своїй роботі та усвідомлювати, що порушення конфіденційності є втратою почуття безпеки для клієнта, а отже, і ефективності допомоги.  Фахівець із ПЗ несе відповідальність не лише за зміст повідомленої інформації, а й за контекст її поширення (хто присутній, чи ведеться запис, чи захищено канал зв'язку).

## Додаткові документи для ознайомлення

1. Етичний кодекс психолога України<sup>20</sup> та Рекомендації щодо поведінки психолога в цифровому середовищі<sup>21</sup>, які розробила робоча група Національної психологічної асоціації України.
2. WHO Data Policy<sup>22</sup>, або політики ВООЗ щодо обробки та захисту персональних даних.
3. Резолюція про право на приватність у цифрову еру<sup>23</sup>, Генеральна Асамблея ООН (Resolution on the right to privacy in the digital age), A/RES/68/167, Нью-Йорк, 18 грудня 2013 року.

## Відповідальність за розголошення лікарської таємниці та порушення порядку захисту ПД

Фахівці, які працюють у закладах охорони здоров'я (зокрема й психологи чи соціальні працівники), підпадають під дію законодавства про лікарську таємницю. Це означає, що будь-яка інформація про стан здоров'я пацієнта, включно із психічним, є конфіденційною й може бути розголошена лише в передбачених законом випадках.

Лікарська таємниця — це відомості про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя людини, які не мають права розголошувати медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про це.

Медична інформація про пацієнта може бути розголошена:

- у разі письмової згоди самого пацієнта;
- у випадку мотивованої вимоги органів дізнання, слідства, прокуратури і суду, санепідемслужби;
- якщо зберігання таємниці істотно загрожує здоров'ю і життю пацієнта і/або інших осіб (за наявності небезпечних інфекційних захворювань);
- у випадку залучення до лікування інших спеціалістів, для яких ця інформація є професійно необхідною.

Передача відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги без згоди особи або без згоди її законного представника дозволяється лише для:

- організації надання особі, яка страждає на тяжкий психічний розлад, психіатричної допомоги;
- провадження досудового розслідування, складання досудової доповіді щодо обвинувачених або судового розгляду за письмовим запитом слідчого, прокурора, суду та представника уповноваженого органу з питань пробації.

Фахівець із психічного здоров'я зобов'язаний чітко дотримуватися встановленого законодавством порядку — **незалежно від посади чи професійного статусу**. Порушення конфіденційності тягне за собою дисциплінарну, адміністративну або кримінальну відповідальність.

## **Кримінальна відповідальність**

Відповідно, до статті 145 Кримінального кодексу України (ККУ), *«умисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків, якщо таке діяння спричинило тяжкі наслідки, — карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до двохсот сорока годин, або позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років, або виправними роботами на строк до двох років».*

Кримінальна відповідальність передбачається виключно за настання тяжких наслідків для пацієнта, а саме: завдання тяжкої шкоди здоров'ю (важкі тілесні ушкодження, що тягнуть за собою повну або часткову втрату працездатності) чи смерть пацієнта (зокрема й випадки суїциду).

Стаття 132 ККУ також передбачає кримінальну відповідальність медичних працівників за розголошення лікарської таємниці *щодо проведення медичного огляду особи на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини, або захворювання на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та його результатів.*

За порушення законодавства про захист персональних даних передбачено кримінальну відповідальність за статтею 182 ККУ, а саме: *«незаконне збирання, зберігання, використання, знищення, поширення конфіденційної інформації про особу або незаконна зміна такої інформації, крім випадків, передбачених іншими статтями цього Кодексу, караються штрафом від п'ятисот до однієї тисячі неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправними роботами на строк до двох років, або пробачієм наглядом на строк до трьох років, або обмеженням волі на той самий строк».*

## **Цивільна відповідальність**

За порушення встановленого порядку захисту персональних даних, що призвело до незаконного доступу до них або порушення прав суб'єкта персональних даних, передбачено адміністративну відповідальність за статтею 188<sup>39</sup> Кодексу України про адміністративні правопорушення та стягнення штрафу від ста до п'ятисот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

## **Дисциплінарна відповідальність**

Кожен ЗОЗ має власні положення про зберігання медичної документації та персональних даних. Порушення цих правил розглядається як дисциплінарна провина, яка може мати різні наслідки (від усного зауваження до звільнення) залежно від того, наскільки серйозним був інцидент і чи мав він наслідки для пацієнта або репутації установи. За фактом порушення зазвичай проводиться службове розслідування, за результатами якого видається наказ керівника ЗОЗ.

Якщо працівник визнає помилку, документує обставини, співпрацює з адміністрацією, це розглядається як ознака професійної зрілості. Якщо ж фахівець намагається приховати факт витоку або перекласти відповідальність на інших, це сприймається як відсутність етичної надійності, що може вплинути на подальшу кар'єру такого працівника.

Навіть неумисне поширення інформації про клієнта може стати предметом розслідування.

## Як на практиці зберігати дані про пацієнта / клієнта

**Паперові документи** (журнали, протоколи, облікові форми, картки) потрібно зберігати в закритих шафах або сейфах, у приміщеннях з обмеженим доступом. Доступ до них повинні мати лише працівники, визначені наказом керівника ЗОЗ. Записи мають вестись розбірливо, без скорочень і особистих оцінок, із дотриманням професійного стилю. Після завершення строку зберігання документи знищуються за актом.

Залишені на робочому столі фахівця з ПЗ або іншому видимому місці «чернетки» з нотатками є порушенням принципу конфіденційності. Навіть короткий запис із прізвищем чи тестовими балами є частиною медичної інформації.

**Електронні медичні інформаційні системи:** фахівець із ПЗ має користуватись індивідуальним логіном і паролем, не передавати доступ іншим особам, не зберігати файли з персональними даними на особистих пристроях або у відкритих «хмарах».

Передача інформації через месенджери, особисту пошту чи соціальні мережі неприпустима. Втрата даних або їх потрапляння в публічний простір прирівнюються до порушення лікарської таємниці.

**Дистанційна робота (онлайн-консультації):** фахівець із ПЗ має користуватись лише тими платформами, що підтримують шифрування даних, а консультація не може відбуватись у публічному місці або через спільні пристрої. Клієнта варто попередити про необхідність створити приватний простір.

Запис онлайн-сесій здійснюється лише за письмовою згодою клієнта, із зазначенням мети та терміну зберігання файлу.

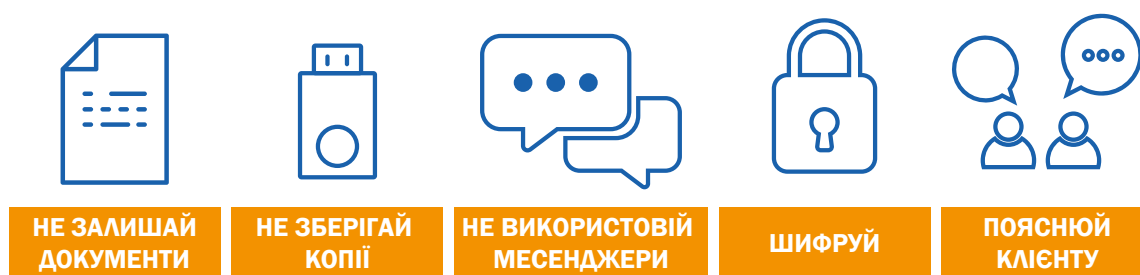
**Супервізія та навчання:** під час супервізії чи розбору випадків фахівець із ПЗ має дотримуватись повної анонімізації даних. Описуючи приклад, потрібно змінювати імена, деталі місця роботи, вік чи інші ознаки, які можуть ідентифікувати клієнта.

Використання фрагментів сесій у навчальних цілях можливе лише за окремою письмовою згодою клієнта.

## Рекомендації для фахівців із ПЗ щодо забезпечення конфіденційності

Забезпечення конфіденційності — це не одноразова дія, а безперервний процес, який починається з першого контакту з клієнтом і триває навіть після завершення консультування, доки фахівець має доступ до особистої інформації клієнта.

Фахівець із ПЗ або член міждисциплінарної команди повинен не лише дотримуватись норм законодавства, а й **сформувати особисту професійну культуру**, де конфіденційність — один з основних етичних принципів.



**Рисунок 17. Основні правила дотримання конфіденційності у роботі фахівця з ПЗ**

Як зробити конфіденційність частиною власної професійної культури:

- ніколи не залишайте документи на робочому місці, навіть якщо це короткий запис або тестовий листок;
- не зберігайте копії медичних карт або звітів на особистих електронних пристроях;
- не передавайте інформацію про клієнта через месенджери, особисту пошту, соцмережі;
- використовуйте лише кодові позначення або ініціали клієнта в чернетках і записах;
- не обговорюйте робочі випадки поза межами професійного простору, вдома чи з друзями.

Навички збереження конфіденційності не менш важливі за професійні інтервенції. Порушення конфіденційності — це не просто юридичне порушення, а втрата довіри, яка є основою психологічної допомоги.

**Таблиця 18. Орієнтовний перелік питань для самоперевірки щодо забезпечення конфіденційності ПД клієнта**

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ		ТАК / НІ
1	Чи зберігаються всі паперові документи в закритому місці?	
2	Чи захищені електронні файли паролями?	
3	Чи зберігаю я копії медичних карт або звітів на особистих електронних пристроях?	
4	Чи передається вся інформація лише через офіційні канали?	
5	Чи має кожен фахівець із ПЗ власний логін у системі ЕСОЗ?	

6	Чи залишаю я комп'ютер заблокованим, коли кудись виходжу?	
7	Чи отримана від клієнта письмова інформована згода на обробку ПД?	
8	Чи я маю протокол дій у разі порушення конфіденційності?	

## Інформована згода клієнта

Одним із ключових інструментів забезпечення конфіденційності є **інформована згода** — офіційний документ, який підтверджує, що клієнт був поінформований про характер, мету, обсяг послуг, умови збору та обробки його персональних даних і свідомо погодився на це.

### Типова структура інформованої згоди:

- Прізвище, ім'я клієнта (або код у разі анонімності).
- Мета звернення та короткий опис послуг, які надає фахівець із ПЗ.
- Пояснення заходів для забезпечення конфіденційності:
  - ▶ інформація зберігається в захищеному форматі;
  - ▶ передача інформації можлива лише з письмової згоди клієнта або у випадках, передбачених законом;
  - ▶ клієнт має право ознайомитися зі своїми записами.
- Термін дії згоди (на один візит / серію консультацій / визначений період).
- Підписи клієнта і фахівця з ПЗ, дата.

Не лише надайте форму про інформовану згоду клієнту на підпис, а й поясніть, навіщо це робиться, яка саме інформація є конфіденційною, у яких випадках дані можуть бути передані іншим фахівцям і які права має клієнт.

## Алгоритм дій у разі витоку даних або загрози порушення конфіденційності

1. Негайно припинити поширення інформації: закрити доступ, вилучити файли, зафіксувати факт порушення.
2. Повідомити про інцидент керівництво ЗОЗ або особу, відповідальну за захист персональних даних.
3. Оформити службову записку із зазначенням обставин, дати, імен осіб, які мали доступ.
4. Оцінити обсяг витоку та можливі наслідки. Якщо є ризик ідентифікації клієнта, необхідно офіційно попередити його або його законного представника.
5. Разом із керівництвом ЗОЗ вжити заходів для попередження повторення інциденту, наприклад змінити паролі, провести навчання для персоналу та вдосконалення внутрішніх процедур.

У ЗОЗ доцільно запроваджувати власні механізми підтримки конфіденційності, зокрема:

- протокол конфіденційності — документ, що описує, як саме відбуваються збір, зберігання, передача та знищення даних;
- реєстр осіб, які мають доступ до медичної інформації;
- план реагування на порушення з визначенням відповідальних осіб і строків дій;
- навчальні модулі з питань конфіденційності для персоналу — короткі інструктажі або тренінги з етичних аспектів роботи з інформацією.

### Етичні дилеми

Робота фахівця з ПЗ передбачає пошук рівноваги між правом людини на приватність і професійним обов'язком захищати її життя. На перетині юридичної, етичної та емоційної площин виникають етичні дилеми, коли етичні принципи або власні переконання фахівця з ПЗ конфліктують між собою. Це може стосуватись питань конфіденційності, уникнення маніпуляцій та упереджень, захисту інтересів клієнта, а також суперечностей між професійними нормами та особистими цінностями або вимогами керівництва.

Приклади ситуацій, коли збереження конфіденційності може стати загрозою для життя чи безпеки самої людини або інших осіб:

- чітко висловлений намір учинити самогубство або завдати собі шкоди;
- заяви про можливе насильство над іншими людьми;
- відомості про вчинений чи запланований злочин, що може призвести до тяжких наслідків;
- ситуації, коли пацієнт перебуває в безпорадному стані та потребує втручання сторонніх осіб.

### Як діяти у випадках, коли виникає потреба порушити правило конфіденційності:

- **Оцініть рівень ризику** — визначте, чи становить висловлювання або поведінка клієнта реальну небезпеку для його життя чи здоров'я або життя чи здоров'я інших осіб.
- **Обговоріть ситуацію з клієнтом** — якщо це можливо, відверто поясніть причини, з яких фахівець із ПЗ не може зберігати повне мовчання. Це допомагає уникнути відчуття «зради» в клієнта і зберегти довіру.
- **Передайте мінімальний обсяг інформації** — повідомте лише ті факти, які необхідні для запобігання шкоди (без розкриття зайвих деталей чи оцінок).
- **Задokumentуйте свої дії** — зафіксуйте ваші рішення в службових записах або медичній документації із зазначенням дати, обставин і мотивів.
- **Залучіть команду або супервізора** — якщо ситуація неоднозначна, варто проконсультуватися з колегою чи керівником, не розкриваючи даних, які можуть ідентифікувати клієнта.

У деяких випадках клієнт може надати згоду на передачу певних даних, наприклад, коли такі дані потрібні для міжвідомчої співпраці (реабілітаційної комісії, судово-медичної експертизи, роботи МДК). Згода на передачу даних не може бути «загальною» або усною, вона оформлюється **письмово**, із зазначенням:

- обсягу інформації, яка може бути розкрита;
- осіб або установ, яким вона передається;
- терміну дії згоди.

**Таблиця 19. Приклади етичних дилем щодо порушення конфіденційності та можливих дій**

<b>СИТУАЦІЯ</b>	<b>КОНФЛІКТ</b>	<b>МОЖЛИВІ ДІЇ</b>
<b>Клієнт повідомляє про суїцидальні наміри, але просить «нікому не казати»</b>	Конфлікт між принципом конфіденційності та захистом життя. Порушення конфіденційності стає необхідним для захисту життя, але це суперечить основному принципу довіри	Обговорити з клієнтом необхідність дій, повідомити лікаря або кризову службу
<b>Родич просить надати інформацію про хід терапії</b>	Конфлікт між довірою клієнта і тиском сім'ї. Інтереси клієнта можуть суперечити інтересам третіх осіб (членів сім'ї)	Вирішити, чиї інтереси захищати в першу чергу, враховуючи при цьому професійні принципи та законодавство. Наприклад, надати дані лише за письмовою згодою клієнта
<b>Роботодавець запитує результати психологічного тестування</b>	Конфлікт між професійною етикою і адміністративним запитом	Відмовити, посилаючись на ЗУ «Про захист персональних даних», «Про психіатричну допомогу», внутрішні правила, професійну етику
<b>Клієнт зізнається у вчиненні правопорушення</b>	Конфлікт між професійною етикою і громадянською відповідальністю	Розкривати інформацію лише за наявності загрози життю і здоров'ю клієнта та/або інших осіб або на вимогу органів дізнання, слідства, прокуратури і суду

## Використані джерела та рекомендована література

1. Про систему охорони психічного здоров'я в Україні: Закон України від 15.01.2025 № 4223-ІХ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4223-20#Text> (Набуває чинності з 07.02.2026 року)
2. Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню: Наказ МОЗ України від 13.12.2023 № 2118. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0126-24#Text>
3. Керівництво mhGAP для ведення психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я. Копенгаген: Всесвітня організація охорони здоров'я, Європейське регіональне бюро; 2020 р.
4. American Psychological Association. (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct (2002, amended effective June 1, 2010, and January 1, 2017). URL: <https://www.apa.org/ethics/code>
5. Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги "Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації": Наказ МОЗ України від 19.07.2024 № 1265. URL: [https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbe633be/dn\\_1265\\_19072024\\_dod.pdf](https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbe633be/dn_1265_19072024_dod.pdf).
6. Про затвердження Типового положення про Центр ментального (психічного) здоров'я у закладі охорони здоров'я: Наказ МОЗ України від 25.10.2024 № 1796: станом на 9 груд. 2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1669-24#Text>
7. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 року № 385: Наказ МОЗ України від 24.02.2021 № 346 : станом на 15 листопада 2022 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0466-21#Text>
8. Професійний стандарт «Клінічний психолог». Розроблено ГС «Національна психологічна асоціація», затверджено протоколом № 06/1 від 22.05.2025. URL: [https://register.nqa.gov.ua/uploads/0/749-klinicnij\\_psiholog\\_1.pdf](https://register.nqa.gov.ua/uploads/0/749-klinicnij_psiholog_1.pdf)
9. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року. Міністерство охорони здоров'я України. 2023. URL: <https://healthstrategy2030.com.ua/678a78863aba8941337252.pdf>
10. Veronica Hernandez, Lucy Nasser, Candice Do, Wei-Chen Lee, Healing the Whole: An International Review of the Collaborative Care Model between Primary Care and Psychiatry, 2024. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11353489/>
11. Rivero-Santana A., Perestelo-Perez L., Alvarez-Perez Y., Ramos-Garcia V., Duarte-Diaz A., Linertova R., Garcia-Perez L., Serrano-Aguilar P. (2021). Stepped care for the treatment of depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 294, 563–574. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503272100687X>
12. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1018-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-p#Text>
13. Angelo P. Giardino, Orlando De Jesus, Case Management, 2023. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562214>
14. Про затвердження Змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Ви-

- пуск 78 «Охорона здоров'я»: Наказ МОЗ України від 25.01.2023 № 138. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0138282-23#Text>
15. Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування : Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110: станом на 18 листопада 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0661-12#Text>
16. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод: Конвенція Ради Європи від 04.11.1950: станом на 1 серп. 2021 р. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_004#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004#Text)
17. GDPR, or the EU General Data Protection Regulation, – загальний регламент ЄС щодо захисту та передачі даних, який визначає права окремих осіб на захист даних і уточнює правила для організацій, що обробляють персональні дані. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A02016R0679-20160504&qid=1532348683434>
18. Агенція Європейського Союзу з питань основоположних прав та Рада Європи, «Посібник з європейського права у сфері захисту персональних даних», 2018: [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/fra-coe-edps-2018-handbook-data-protection\\_ukr.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-coe-edps-2018-handbook-data-protection_ukr.pdf)
19. HIPAA, or the Health Insurance Portability and Accountability Act, – це закон США, який встановлює стандарти захисту конфіденційної медичної інформації пацієнтів і визначає національні правила для постачальників медичних послуг, планів медичного страхування та їхніх ділових партнерів щодо захисту електронної та фізичної конфіденційної медичної інформації: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/PLAW-104publ191/pdf/PLAW-104publ191.pdf>
20. Конституція України: від 28.06.1996 № 254к/96-ВР: станом на 1 січ. 2020 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text>
21. Про захист персональних даних : Закон України від 01.06.2010 № 2297-VI : станом на 14 черв. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17#Text>
22. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22.02.2000 № 1489-III : станом на 1 січ. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>
23. Про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
24. Етичний кодекс лікаря України: Всеукр.з'їзд лікарських орган.; Кодекс від 27.09.2009. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09#Text>
25. Загальна декларація про біоетику та права людини / Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. – 2005. – URL: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>
26. Meta-Code of Ethics of the European Federation of Psychologists' Associations (EFPA). – 2025. – URL: [https://www.efpa.eu/sites/default/files/2025-06/2025-06-03\\_efpa-meta-code-of-ethics.pdf](https://www.efpa.eu/sites/default/files/2025-06/2025-06-03_efpa-meta-code-of-ethics.pdf)
27. Statement of Ethical Principles / European Association for Psychotherapy (EAP): 2018. – URL: <https://www.europsyche.org/Resources/EAP-Documents/Statement-of-Ethical-Principles>
28. Етичний кодекс психолога / Національна психологічна асоціація (НПА): 2021. – URL: <https://npa-ua.org/pub/files/66d3a42494d2acd8.pdf>

29. Рекомендації щодо поведінки психолога в цифровому середовищі / Національна психологічна асоціація (НПА): 2025. – URL: <https://npa-ua.org/pub/files/3bdc4606b55c24d1.pdf>
30. WHO Data Use and Data Sharing Policy / World Health Organization (WHO). – 2023. – URL: <https://www.who.int/about/policies/publishing/data-policy>
31. UN General Assembly. Resolution 68/167. The Right to Privacy in the Digital Age. – 2013. – URL: <https://docs.un.org/en/A/RES/68/167>
32. World Health Organization. Special Initiative for Mental Health: Ukraine 2025 – Poster. – Geneva: WHO, 2025. – URL: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/special-initiative/simh-poster-ukraine-2025.pdf>
33. Target Model of the Mental Health and Psychosocial Support System in Ukraine. – Київ: Координаційний центр з психічного здоров'я при Кабінеті Міністрів України, 2023. – URL: [https://howareu.com/static-objects/howareu/media/Posibnuki/TM\\_MHPSS\\_UKRAINE\\_ENGLISH%20VERSION\\_upd.pdf](https://howareu.com/static-objects/howareu/media/Posibnuki/TM_MHPSS_UKRAINE_ENGLISH%20VERSION_upd.pdf)
34. World Health Organization. Psychologists working in mental health sector (per 100,000). – Global Health Observatory, 2024. – URL: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/psychologists-working-in-mental-health-sector-%28per-100-000%29>
35. Health Education England. Psychological Professions Workforce Plan for England. – 2019. – URL: <https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Psychological%20Professions%20Workforce%20Plan%20for%20England%20-%20Final.pdf>
36. IHS Markit / American Psychological Association. Psychologist workforce projections for 2015–2030: Technical report. – 2018. – URL: <https://www.apa.org/workforce/publications/supply-demand/technical-report.pdf>
37. Veterans Health Administration. VHA Directive on Productivity and Staffing in Outpatient Mental Health Services. – 2020. – URL: [https://www.va.gov/HOMELESS/nchav/docs/1e\\_VHA\\_Directive1161.pdf](https://www.va.gov/HOMELESS/nchav/docs/1e_VHA_Directive1161.pdf)
38. Canadian Institute for Health Information. A profile of selected mental health and substance use care providers in Canada. – 2021. – URL: <https://www.cihi.ca/en/a-profile-of-selected-mental-health-and-substance-use-health-care-providers-in-canada-2021>
39. Ministry of Health, Israel. Plan to Expand Mental Health Services. – 2025. – URL: <https://en.davar1.co.il/582579/>

# РОЗДІЛ 4. ФІНАНСУВАННЯ ТА РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

## 4.1. Планування кадрових потреб для надання послуг психологічної допомоги в закладах охорони здоров'я

Ефективне надання психологічної та психосоціальної допомоги в закладах охорони здоров'я неможливе без достатнього кадрового забезпечення. Психологи, клінічні психологи, лікарі-психологи та психотерапевти є невід'ємною частиною мультидисциплінарної команди і визначають здатність закладу забезпечувати комплексну та інтегровану допомогу пацієнтам.

Кадрове планування у сфері психічного здоров'я є складовою фінансової моделі ЗОЗ, оскільки саме **чисельність фахівців** визначає обсяг витрат, виконання вимог Національної служби здоров'я України (НСЗУ) та здатність лікарні забезпечити безперервність послуги.

Формальна наявність мінімальних ставок, передбачених Програмою медичних гарантій (ПМГ), не охоплює всіх реальних потреб пацієнтів. У практиці багатьох українських лікарень психологічна підтримка потрібна не лише в спеціалізованих маршрутах (інсульт, реабілітація, психіатрія), а й у терапевтичних, хірургічних, неврологічних та інших відділеннях, де пацієнти стикаються зі стресом, болем, невизначеністю або потребують кризової інтервенції.

Тому **кадрове планування має ґрунтуватись** не тільки на нормативних вимогах, а й на оцінці фактичного навантаження, структури пацієнтів та інтенсивності психологічних утручань у конкретному закладі.

### Нормативні підстави для формування кадрової потреби

Нормативне підґрунтя кадрового забезпечення визначають чинні акти Міністерства охорони здоров'я України та технічні вимоги Програми медичних гарантій. У низці пакетів ПМГ передбачено, що до складу команди мають входити фахівці з відповідною психологічною або клінічно-психологічною підготовкою. Саме виконання цих вимог є підставою для укладення договору з НСЗУ та отримання фінансування.

Психологічна складова інтегрована в алгоритми надання медичної допомоги в багатьох пакетах. Наприклад, у пакеті «Медична допомога при гострому мозковому інсульті» обов'язковою є психологічна підтримка пацієнта після стабілізації стану. У пакетах амбулаторної та стаціонарної реабілітації психолог або лікар-психолог входить до мультидисциплінарної команди. У первинній психіатричній допомозі фахівці із психічного здоров'я забезпечують психосоціальну підтримку та базові психологічні втручання.

Нормативи визначають мінімальний кадровий склад, але не враховують повної потреби в психологічній допомозі в умовах війни, високого рівня стресу населення та значного навантаження на систему охорони здоров'я. Тому оцінювання кадрової потреби має виходити за межі вимог ПМГ і включати аналіз реальної кількості пацієнтів, їхніх психологічних потреб і характеру клінічних маршрутів у конкретному ЗОЗ.

**Детальний перелік пакетів ПМГ і відповідних кадрових вимог наведено в підрозділі 4.4 цього документа.**

### **Принципи планування кадрового забезпечення**

Планування кадрових потреб у сфері психічного здоров'я не лише має адміністративний і фінансовий зміст, а й безпосередньо впливає на якість допомоги та здатність закладу відповідати сучасним викликам. В умовах війни, зростання кількості пацієнтів із хронічними та стрес-індукованими станами, а також підвищених вимог до міжпрофесійної взаємодії питання оптимальної чисельності психологів стає критичним для функціонування ЗОЗ.

Правильно сформоване кадрове забезпечення допомагає уникнути перевантаження персоналу, гарантувати доступність послуг і виконання вимог ПМГ. Воно також дає адміністрації закладу чітке розуміння того, **який обсяг ресурсів потрібен**, і сприяє вибудовуванню фінансової моделі, що відповідає реальним потребам пацієнтів.

У практиці українських лікарень поширеним є підхід, коли кадровий склад визначається за історичним принципом — «те, що було в штатному розписі роками». Такий підхід не відображає сучасних потреб і не відповідає моделям інтегрованої допомоги. Саме тому планування повинне спиратись на системний набір принципів, які уможливають формування кадрової політики на об'єктивній основі.

#### **Орієнтація на потреби пацієнтів**

Планування має виходити з реального та прогнозованого попиту: кількості пацієнтів, структури випадків, складності станів і частоти психологічних звернень. В умовах підвищеного психоемоційного навантаження на населення та зростання кількості пацієнтів, які потребують психологічної підтримки, орієнтація на потреби є ключовою умовою забезпечення доступності допомоги.

---

#### **Використання FTE (full-time equivalent) як основної одиниці розрахунку**

Замість підрахунку «кількості людей» необхідно враховувати **еквівалент повної зайнятості**, що дає можливість точно розподіляти навантаження та формувати реалістичний бюджет. FTE враховує, чи працює фахівець повний робочий день, на пів ставки або ж у комбінованому форматі — це забезпечує точність фінансових прогнозів і відповідність вимогам НСЗУ.

---

#### **Урахування продуктивності фахівця**

Кількість випадків, які може супроводжувати психолог, значно варіює залежно від профілю пацієнтів, інтенсивності втручань, участі в МДК та особливостей закладу. Тому продуктивність завжди треба розраховувати індивідуально. Реалістична оцінка навантаження захищає персонал від перевантаження та зниження якості послуг.

---

#### **Врахування непродуктивних годин**

Час на клінічну документацію, зустрічі МДК, супервізії, адміністративну роботу та обов'язковий безперервний професійний розвиток — це частина повноцінної роботи психолога. Планування лише за

кількістю сесій призводить до хронічного перевантаження та низької ефективності служби. Урахування непродуктивних годин сприяє точному розрахунку реальної спроможності фахівців.

### Регулярний перегляд кадрової структури

Потреби закладу охорони здоров'я не є сталими: змінюються кількість госпіталізацій, контингент пацієнтів, профіль відділень, упроваджуються нові пакети ПМГ, відкриваються нові сервіси. Тому кадрове забезпечення варто переглядати щонайменше раз на рік або при суттєвих змінах навантаження.

### Прозорість та обґрунтованість рішень

Кадрові розрахунки повинні бути документовані, зрозумілі та відповідати стратегії розвитку закладу. Прозора логіка ухвалення рішень – запорука стабільності команди й можливість обґрунтовано планувати бюджет, залучати додаткові ресурси, аргументувати потреби перед НСЗУ чи місцевою владою.

**Таблиця 20. Принципи кадрового планування в 303**

ПРИНЦИП	ЩО ОЗНАЧАЄ НА ПРАКТИЦІ ДЛЯ 303
Орієнтація на потреби пацієнтів	Заклад аналізує кількість пацієнтів, структуру випадків, частоту запитів на психологічну допомогу. Штат не прив'язується до історичного розпису, а формується на основі реального навантаження та прогнозів
Використання FTE (full-time equivalent)	Розрахунок здійснюється не за «кількістю людей», а за еквівалентом повної зайнятості: 0,5; 0,75; 1 FTE. Це дає змогу точно визначати потребу в робочих годинах і правильно планувати бюджет
Урахування продуктивності фахівця	Адміністрація оцінює, скільки випадків і сесій може об'єктивно вести один психолог на тиждень / місяць. Ураховується інтенсивність роботи в різних відділеннях (із пацієнтами реабілітаційних відділень, після інсульту, хірургічного профілю тощо)
Урахування непродуктивних годин	У розрахунок штатної потреби включають час на документацію, МДК, взаємодію з родиною, супервізії, навчання та адміністративні процеси. Це сприяє уникненню хронічного перевантаження
Регулярний перегляд кадрової структури	Кадровий склад переглядається щонайменше раз на рік або при суттєвих змінах: зростанні кількості госпіталізацій, відкритті нових відділень, укладанні додаткових пакетів ПМГ, появі нових послуг
Прозорість та обґрунтованість рішень	Заклад документує логіку розрахунків, веде облік навантаження, обґрунтовує потребу в додаткових ставках і може аргументовано захищати бюджетні запити перед НСЗУ та органами місцевого самоврядування

## Методика розрахунку кадрової потреби у фахівцях із психологічної допомоги

Планування кількості психологів у ЗОЗ має ґрунтуватись на реальних потребах пацієнтів і структурі наданих послуг. Наведена нижче методика є практичним інструментом для керівників ЗОЗ, координаторів і старших лікарів, які готують штатні розписи. Вона не потребує спеціальної статистичної підготовки й дає змогу швидко визначити обґрунтовану кількість ставок (FTE) психологів для конкретного закладу.

Методика складається із шести кроків і враховує реалії української системи охорони здоров'я, де в багатьох закладах працює обмежена кількість психологів, а попит на психологічну підтримку значно зростає внаслідок війни та збільшення частки пацієнтів зі стрес-індукованими станами.

### Крок 1. Визначення популяції обслуговування

Чітко визначте, яку групу людей охоплює ваш заклад:

- населення громади або міста (для амбулаторій);
- середньорічна кількість госпіталізацій (для стаціонарів);
- кількість пацієнтів у конкретному клінічному маршруті (інсульт, реабілітація тощо).

Для точних розрахунків краще брати реальний обсяг пацієнтів, а не все населення території.

### Крок 2. Оцінка потреби в психологічній допомозі

На цьому етапі потрібно визначити, **яка частка популяції обслуговування потенційно може потребувати психологічної підтримки** протягом року. Це орієнтовний показник, який використовується як база для подальших розрахунків.

Якщо спеціальні дані відсутні, можна використовувати типові орієнтири:

- загальна популяція — **15–20 %**;
- громада в кризових умовах — **до 25 %**;
- серед госпіталізованих пацієнтів — **10–15 %**, залежно від профілю відділення.

Ці значення відображають типові патерни клінічних потреб і можуть бути адаптовані з урахуванням профілю ЗОЗ.

На цьому етапі здійснюється саме оцінка потенційної потреби, а не фіксується реальна кількість звернень. До цієї групи входять не лише пацієнти з діагностованими розладами, а й ті, хто може потребувати короткострокової підтримки. Фактична кількість звернень зазвичай значно нижча — її уточнюють на наступному кроці. Якщо заклад веде власну статистику звернень чи скринінгів, використовуйте її в пріоритеті.

### Крок 3. Оцінка частоти звернень

На цьому етапі визначається, яка частина людей із потенційною потребою фактично звернеться по допомогу. Цей показник завжди суттєво нижчий за поширеність.

Типові сценарії для планування:

- низька кількість звернень — **20 %**;
- середня — **30 %**;
- висока — **50 %** (у громадах із високою доступністю послуг).

Кількість звернень залежить від довіри до закладу, доступності психологів, поінформованості населення. У стаціонарах вона часто трохи вища, але все одно рідко перевищує 30–40 %. Варто пам'ятати, що завищення цього показника призводить до завищених планів і нереалістичних кадрових потреб.

### Крок 4. Визначення середньої інтенсивності втручань

Цей крок визначає, **скільки консультацій у середньому отримує один пацієнт**, який звернувся та прийшов хоча б на одну сесію.

Типові орієнтири:

- кризова підтримка — **1–3 сесії**;
- короткострокова психологічна допомога — **4–8 сесій**;
- підтримувальна терапія середньої тривалості — **8–20 сесій**.

Для більшості ЗОЗ типовим є діапазон 2–4, але для окремих маршрутів може досягати 4–6 сесій.

«Сесії на пацієнта» означають кількість консультацій для *однієї особи, яка звернулась*, а не для всієї популяції. Не слід використовувати терапевтичні стандарти приватної практики — вони непридатні для моделі ЗОЗ.

### Крок 5. Визначення продуктивності психолога

На цьому етапі необхідно оцінити, **скільки консультацій на рік може реально провести один психолог**, працюючи на повну ставку. Це ключовий показник, який суттєво впливає на фінальний розрахунок кадрової потреби.

У міжнародних системах (наприклад, VHA в США) використовуються високі орієнтири продуктивності:

- **консервативний**: близько **1 000 консультацій на рік**;
- **базовий**: приблизно **1 200 консультацій на рік**;
- **інтенсивний амбулаторний режим**: **1 700–1 900 консультацій на рік**.

Однак такі показники досяжні в умовах розвинених клінічних систем, де:

- мінімізована паперова документація;
- значна частина адміністративних процесів автоматизована;
- є чіткі стандарти на супервізію й командну взаємодію;
- навантаження на одного спеціаліста розподілене рівномірно.

**У реаліях українських закладів охорони здоров'я продуктивність зазвичай нижча**, оскільки значний час займають:

- ведення документації вручну або в кількох системах одночасно, участь в МДК та міжвідомчих нарадах;
- комунікація з родиною, медичними сестрами та лікарями;
- супервізія та БПР;
- організаційні й адміністративні процеси.

Тому при плануванні доцільно орієнтуватись на **реалістичні нормативи продуктивності для 303 в Україні**:

- **600–800 консультацій на рік** для стаціонару;
- **800–1000 консультацій на рік** для амбулаторії;
- **500–700 консультацій на рік** для реабілітаційних маршрутів.

#### **Крок 6. Розрахунок кількості ставок (FTE)**

Фінальний етап — **обчислення фактичної потреби в кадрових одиницях**. Це **орієнтовний розрахунок**, який допомагає планувати кадрову структуру, але не є нормативом.

**Формула:**

$$\text{Потрібні ставки (FTE)} = (\text{Популяція (N)} \times \text{Поширеність (P)} \times \text{Кількість звернень (Z)} \times \text{Сесії на пацієнта (S)}) / \text{Продуктивність (Prod)}$$

Отриманий показник округлюється до практичного значення. Наприклад, 1,3 FTE можна інтерпретувати як **1–2 повні ставки** залежно від структури послуг і фінансових можливостей закладу.

Заклад може затвердити мінімальний склад, водночас визнаючи **об'єктивну потребу** в більшій кількості ставок. Методика дає можливість аргументовано обґрунтувати додаткові ресурси перед НСЗУ, місцевою владою, партнерами або донорами.

**Методика є універсальною і може застосовуватись для всіх рівнів надання медичної допомоги (первинного, вторинного та третинного).** При цьому орієнтири показників — поширеність, кількість звернень, інтенсивність і продуктивність — варто адаптовувати відповідно до специфіки кожного рівня:



**Рисунок 18. Елементи методики FTE для визначення кадрової потреби**

- **первинний рівень (ПМД)** — великі популяції, нижча інтенсивність утрочань, продуктивність психолога ближча до верхніх меж діапазону;
- **вторинний рівень (стаціонари, спеціалізована допомога)** — робота за клінічними маршрутами, середня інтенсивність утрочань, середні показники продуктивності;
- **третинний рівень (високоспеціалізована допомога)** — менші популяції, складніші випадки, вища інтенсивність утрочань, продуктивність ближча до нижніх меж.

#### **Приклади застосування методики**

##### **Приклад 1. Амбулаторія (50 000 населення, 60 000 звернень)**

Поширеність: 10 %  
 Кількість звернень: 20 %  
 Інтенсивність: 2  
 Продуктивність: 900

$60\,000 \times 0,10 \times 0,20 \times 2 = 2\,400$  сесій  
 $2\,400 / 900 = 2,6$  FTE → потрібно 2–3 психологи

## Приклад 2. Стационар (10 000 госпіталізацій на рік)

Поширеність: 15 %  
Кількість звернень: 20 %  
Інтенсивність: 3  
Продуктивність: 700

$10\,000 \times 0,15 \times 0,20 \times 3 = 900$  сесій  
 $900 / 700 = 1,3$  FTE → потрібно 1–2 психологи

## Приклад 3. Реабілітаційна програма (500 пацієнтів)

Поширеність: 50 %  
Кількість звернень: 70 %  
Інтенсивність: 6  
Продуктивність: 600

$500 \times 0,50 \times 0,70 \times 6 = 1\,050$  сесій  
 $1\,050 / 600 \approx 1,7$  FTE → потрібно 2 психологи

## Практичні рекомендації для планування штату психологічної служби

Для ефективного кадрового планування одного лише формального розрахунку ставок недостатньо. Закладу потрібна зрозуміла, внутрішньо узгоджена система прийняття рішень, яка спирається на локальні дані, особливості пацієнтських потоків і реальні можливості організації. Нижче наведено ключові рекомендації, що допоможуть застосувати методика на практиці та сформувану життєздатну модель психологічної служби.

### 1. Локальна методика розрахунку

Кожному закладу доцільно розробити і затвердити власну письмову методика визначення кількості психологів. Вона має спиратись на представлену формулу, локальні статистичні дані, аналіз навантаження в різних відділеннях і структуру клінічних маршрутів. Чіткий внутрішній документ забезпечує прозорість управлінських рішень і дає змогу аргументовано обґрунтовувати потреби в додаткових кадрах.

### 2. Орієнтовні кадрові пропорції для амбулаторій

Якщо заклад не має власного аналізу потреб, доцільно орієнтуватись на загальноприйняті міжнародні діапазони. Важливо підкреслити, що ці орієнтири стосуються **загальної потреби громади чи міста**, а не одного конкретного закладу. Зазвичай ця кількість формує сумарний кадровий ресурс кількох амбулаторій, ЦМЗ або інших надавачів у межах однієї території обслуговування.

Мінімальним рівнем доступності вважається приблизно **10 психологів на 100 000 населення**. Оптимальне забезпечення для більшості міських та амбулаторних служб становить **20–30 психологів на 100 000 населення**. У громадах із підвищеним психосоціальним навантаженням — наприклад, у прифронтових районах чи громадах із великою кількістю ВПО — потреба може зростати до **40 фахівців на 100 000 населення**. Ці орієнтири не є нормативами, але допомагають швидко сформувану первинне уявлення про реальний масштаб кадрової потреби.

### 3. Пропорції для стаціонарів

У стаціонарах кадрове забезпечення визначається не населенням громади, а реальною кількістю пацієнтів та інтенсивністю клінічних випадків. У загальних соматичних відділеннях орієнтовним показником є **одна повна ставка психолога на 40–60 пацієнтів**. У відділеннях інтенсивної психіатричної допомоги навантаження суттєво вище, тому оптимальним вважається співвідношення **одна ставка на 10–30 пацієнтів**, залежно від профілю та тяжкості станів. Такі пропорції враховують потребу в кризових утручаннях, роботі з родиною пацієнта і потребу регулярної участі психолога в МДК.

### 4. Координація та управління якістю

Для підтримання належного рівня роботи психологічної служби доцільно передбачити окрему функцію координації – через посаду старшого психолога або координатора. Зазвичай достатньо **0,2–0,3 ставки ФТЕ**, щоб забезпечити супервізію, аналіз ключових показників, ведення звітності, внутрішню комунікацію та інтеграцію психологів у клінічні маршрути. Якщо створити окрему посаду неможливо, варто формалізувати відповідальність за ці функції в межах наявного штату.

### 5. Час на супервізію, навчання та профілактику вигорання

Плануючи навантаження, важливо враховувати роботу, яка не створює «одиниць послуги», але безпосередньо впливає на якість і безпеку допомоги. До неї належать регулярні супервізії (мінімум раз на місяць для кожних 4–6 психологів), безперервний професійний розвиток, участь у командних нарадах і заходи з профілактики професійного виснаження. Ігнорування цього часу призводить до нереалістичних планів, високої плинності кадрів і падіння якості послуг.

### 6. Прості та регулярні показники ефективності

Для коректного планування штату заклад має відстежувати прості, але інформативні показники: кількість консультацій, середній час очікування першої сесії, завершеність курсів утручань, частоту повторних звернень, рівень задоволеності пацієнтів. Такі дані допомагають об'єктивно оцінити навантаження, виявити «вузькі місця» й аргументувати потребу в додаткових фахівцях перед НСЗУ, місцевою владою чи партнерами.

## 4.2. Оцінка вартості психологічних і психосоціальних послуг

Фінансове планування психологічної допомоги нерозривно пов'язане з кадровим забезпеченням, описаним у підрозділі 4.1. Визначена кількість ставок (ФТЕ), реальна продуктивність і структура роботи психологів безпосередньо формують обсяг витрат, які заклад має врахувати для забезпечення доступної та якісної допомоги.

Психологічні та психосоціальні послуги ЗОЗ можуть надавати і в межах ПМГ, і поза нею – залежно від профілю роботи закладу, маршрутів пацієнтів та локальних потреб. Частина таких послуг фінансує НСЗУ, а частина може надаватись як додаткові або розширені сервіси.

У складі ПМГ психологічна та психосоціальна допомога інтегрована до низки пакетів на різних рівнях надання допомоги. Вона входить до пакетів первинної медичної допомоги, реабілітаційної допомоги, психосоціальної та психіатричної допомоги дорослим і дітям, послуг центрів ментального (психічного) здоров'я та мобільних МДК, а також мобільної й стаціонарної паліативної допомоги. Психологічна допомога включена і до пакета профілактики, діагностики, спостереження та лікування в амбулаторних

умовах (на сайті НСЗУ можна ознайомитися з вимогами ПМГ за пакетами послуг<sup>1</sup>).

Усі послуги, що входять до ПМГ, є **безоплатними для отримувача**, а правила надання платних послуг регулює Постанова КМУ від 05.07.2024 № 781 «Деякі питання надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб». Це означає, що заклади мають точніше планувати внутрішні витрати, розуміючи, які саме види психологічної підтримки фінансує НСЗУ, а які вони можуть надавати як додаткові або розширені послуги за окремими механізмами.

Саме тому **розрахунок вартості психологічних послуг є важливим управлінським інструментом**, який сприяє оцінюванню реальних витрат, визначенню необхідного бюджету, оптимізації ресурсів, забезпеченню сталості послуги та обґрунтуванню потреби в додатковому фінансуванні.

## Алгоритм розрахунку вартості психологічної та психосоціальної послуги

Прямі витрати — вартість виробничих ресурсів (персоналу, лікарських засобів тощо) які безпосередньо пов'язані з виробництвом медичної послуги та, за даними бухгалтерського обліку, можуть бути безпосередньо віднесені до об'єкта витрат.

Непрямі витрати — вартість виробничих ресурсів (комунальні послуги, адміністративні видатки, накладні витрати тощо), які важко простежити безпосередньо до конкретних об'єктів витрат (організацій, відділень, послуг, пацієнтів тощо) та які мають розподілятися за обраними критеріями.

Визначення подані за Постановою КМУ від 27.12.2017 №1075

Для розрахунку вартості медичних послуг, зокрема й психологічних та ПСП, можна керуватись методикою, затвердженою Постановою КМУ від 27.12.2017 № 1075 «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування»<sup>3</sup>. Ця методика ґрунтується на покроковому розподілі витрат «зверху донизу» з метою розподілу всіх прямих і непрямих витрат ЗОЗ — від адміністративних та допоміжних підрозділів до основних клінічних відділень (центрів витрат), для яких розраховується кінцева середня вартість одиниці медичної послуги (наприклад, виписаний пацієнт, амбулаторне відвідування тощо) на основі обраних критеріїв розподілу витрат.

Для розрахунку вартості психологічних послуг і ПСП необхідно провести покрокові розрахунки.

### Крок 1. Обчислення прямих витрат

Розрахунковий період зазвичай становить один рік. Це витрати, які можна безпосередньо вважати психологічними послугами:

- заробітна плата психологів і нарахування (ЄСВ);
- матеріали, що використовуються безпосередньо під час роботи;
- програмне забезпечення, обладнання, амортизація;
- витрати на супервізію та професійний розвиток.

## Види та приклади прямих витрат

Таблиця 19. Види та приклади прямих витрат

ВИД ПРЯМИХ ВИТРАТ	ПРИКЛАДИ
<b>Матеріальні</b>	Бланки, папір, інструментарій, дезінфекційні засоби допоміжні матеріали й інші засоби (наприклад, папір для малювання, фарби, олівці, маркери, воскова крейда, кольоровий папір, повітряний пластилін тощо), які використовують безпосередньо під час надання послуги
<b>На оплату праці</b>	<p>Заробітна плата й інші виплати працівникам, що надають психологічні послуги та ПСП (детально про кваліфікацію таких працівників – у Розділі 2) та відрахування (ЄСВ).</p> <p>Витрати на оплату праці передбачають основну і додаткову заробітну плату, а також інші заохочувальні (надбавки, премії) та компенсаційні виплати. Їх визначають з урахуванням:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• штатного розпису персоналу ЗОЗ та/або психологічної служби / центру психічного здоров'я (наприклад, 1 посада клінічного психолога – повна зайнятість);</li><li>• норм робочого часу для цього персоналу (наприклад, 40 годин на тиждень);</li><li>• витрат робочого часу на виконання цієї послуги (наприклад, 55 хв на одного пацієнта)</li></ul>
<b>Інші</b>	<p>Решта виробничих витрат, які можна безпосередньо віднести до центру витрат із надання психологічних послуг та ПСП, наприклад:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• відрахування на соціальні заходи медичних працівників (як-от супервізія та навчання);</li><li>• витрати на друк інформаційних матеріалів щодо надання психологічних послуг;</li><li>• оплата виділеного для потреб фахівця із психічного здоров'я мобільного номера;</li><li>• амортизація та обслуговування устаткування, яке застосовують під час надання цих послуг (наприклад, пристрої для EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing – визнана ВОЗ та іншими організаціями терапія, що є особливо ефективною при посттравматичному стресовому розладі) тощо</li></ul>

ЗУ «Про колективні угоди та договори» № 2937-IX прийнятий 23.02.2023, набирає чинності через 6 місяців після припинення чи скасування воєнного стану, наразі продовжує дію ЗУ «Про колективні договори і угоди» від 01.07.1993 № 3356-XII.

Розміри основної, додаткової заробітної плати, а також інших видів заохочень і виплат медичному персоналу ЗОЗ визначаються в Колективному договорі<sup>4</sup> (для КНП) або відповідно до спільного наказу МОЗ та Міністерства соціальної політики від 05.10.2005 № 308/519 «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту насе-

лення» (для державних ЗОЗ)<sup>5</sup> з урахуванням положень Постанови КМУ від 13.01.2023 № 28 «Деякі питання оплати праці працівників державних та комунальних закладів охорони здоров'я»<sup>6</sup> та Постанови КМУ від 30.08.2002 № 1298 «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери»<sup>7</sup>.

При визначенні рівня оплати праці фахівця із психічного здоров'я необхідно керуватись рівнем його підготовки, кваліфікації та можливістю надавати різні види психологічної допомоги (див. Розділ 2) відповідно до потреб наявних і потенційних пацієнтів та клієнтів вашого ЗОЗ.

## Крок 2. Визначення непрямих витрат

До них належать:

- витрати на адміністративні підрозділи (керівництво, бухгалтерію, відділ кадрів);
- параклінічні та допоміжні служби;
- комунальні послуги та утримання приміщень;
- охорона, IT-підтримка, зв'язок та інші послуги.

## Види та приклади непрямих витрат

**Таблиця 20. Види та приклади непрямих витрат**

ВИД ПРЯМИХ ВИТРАТ	ПРИКЛАДИ
Адміністративні витрати	<p>Передбачають видатки на утримання адміністративного персоналу та господарську діяльність, пов'язану з управлінням ЗОЗ, наприклад:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• заробітна плата і відрахування;</li> <li>• видатки на відрядження;</li> <li>• юридичні послуги;</li> <li>• послуги зв'язку;</li> <li>• розрахунково-касове обслуговування;</li> <li>• придбання та супровід програмного забезпечення;</li> <li>• послуги охорони тощо</li> </ul>

<b>Витрати допоміжних медичних і немедичних (господарських) підрозділів 303</b>	<p>Передбачають видатки на утримання персоналу та функціонування медичних і немедичних допоміжних підрозділів 303, зокрема:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• заробітна плата, інші виплати та відрахування для працівників допоміжних медичних і немедичних підрозділів;</li> <li>• утримання, експлуатація та ремонт, страхування, операційна оренда основних засобів, інших необоротних активів загальнопромислового призначення;</li> <li>• витрати на пально-мастильні матеріали;</li> <li>• витрати на реактиви, лікарські засоби та вироби медичного призначення допоміжних медичних підрозділів тощо</li> </ul>
<b>Комунальні послуги</b>	<p>Опалення, освітлення, водопостачання, водовідведення та інші витрати на утримання приміщень 303</p>
<b>Амортизація (якщо нараховується)</b>	<p>Амортизація основних засобів загальнопромислового призначення та нематеріальних активів загальнопромислового призначення</p>
<b>Інші</b>	<p>Охорона праці, техніка безпеки та охорона навколишнього природного середовища, удосконалення технології й організації надання медичних послуг тощо</p>

### Крок 3. Розподіл непрямих (накладних) витрат на психологічну службу

Загальні накладні витрати закладу розподіляються на підрозділи відповідно до обраних критеріїв. Для психологічних послуг поширені такі критерії:

- **комунальні витрати** – загальні витрати на опалення 303 розподіляються на всі підрозділи 303 відповідно до їх площі з урахуванням площі приміщень загального призначення;
- **витрати клініко-діагностичної лабораторії** – загальні витрати розподіляються на клінічні підрозділи відповідно до кількості направлень на клініко-діагностичні дослідження від кожного підрозділу, що здійснював направлення.

Детальний алгоритм із прикладами заповнених Excel-форм наведено в методиці. Також можливо скористатися послугами розробників медичних інформаційних систем або інших експертів галузі для налагодження системи обліку та аналізу витрат у вашому 303.

### Крок 4. Визначення повної собівартості

Фінальна формула:

$$\text{Собівартість 1 консультації} = \frac{\text{Прямі витрати} + \text{Розподілені непрямі витрати}}{\text{Фактична кількість консультацій}}$$

Собівартість демонструє реальну фінансову вагу послуги та є основою для бюджетного планування, обґрунтування потреб перед НСЗУ, місцевою владою чи партнерами.

## 4.3. Мінімальні вимоги до матеріально-технічної бази для надання психологічної допомоги в ЗОЗ

Якісна психологічна та психосоціальна допомога в закладах охорони здоров'я залежить не лише від компетентності фахівця, а й від умов, у яких ця допомога надається. Належне приміщення, базове обладнання та доступність матеріалів визначають можливість забезпечити **конфіденційність, безпеку та ефективність взаємодії з пацієнтом**.

Частина цих вимог описана в нормативних документах МОЗ та НСЗУ, зокрема в технічних вимогах до пакетів Програми медичних гарантій, а також у Державних санітарних нормах і правилах. Інша частина базується на міжнародних стандартах організації психологічної допомоги в медичних закладах, які рекомендують мінімальні вимоги до простору й оснащення.

Нижче наведено структуровані мінімальні вимоги для індивідуальної та групової роботи психолога, матеріалів та інвентаризації.

### Приміщення для індивідуальної роботи психолога

Приміщення для індивідуальних консультацій — це ключовий компонент психологічної допомоги, оскільки воно формує **почуття безпеки, довіри й конфіденційності**. Воно покликане мінімізувати зовнішні подразники, гарантувати приватність розмови й створювати умови для повноцінного контакту. Вимоги до такого простору частково відображені в пакетах ПМГ, які передбачають наявність окремого приміщення для консультацій (наприклад, реабілітаційні пакети, психіатрична допомога, паліативна допомога).

**Таблиця 21. Основні вимоги до приміщення для консультацій психолога**

КАТЕГОРІЯ	ОПИС
Ізольованість і конфіденційність	Окреме приміщення з дверима, що зачиняються; звукоізоляція (або достатній рівень шумопоглинання); можливість уникнути присутності сторонніх. Це критично для дотримання етики та вимог до захисту персональних даних Під час індивідуальних консультацій вішається нейтральна табличка на дверях «Психолог / Зайнято» для недопущення переривань і забезпечення конфіденційності
Доступність і безпечність	Безбар'єрний доступ для пацієнтів з інвалідністю; відповідність нормам пожежної безпеки; наявність кнопки виклику персоналу у випадках роботи з пацієнтами груп ризику
Оптимальна площа	Орієнтовно 8–12 м <sup>2</sup> достатньо для розміщення столу, стільців, шафи і забезпечення комфортної дистанції між психологом і пацієнтом
Освітлення та мікроклімат	Природне та/або якісне штучне освітлення; можливість регулювати температуру; належна вентиляція (особливо важливо при тривалих консультаціях протягом дня)

<b>Меблі та організація простору</b>	Два зручні крісла або стільці, невеликий стіл і робочий стіл психолога, шафа або комод для зберігання матеріалів, годинник. Меблі мають бути нейтральних кольорів, без надмірної декоративності, щоб не провокувати емоційних реакцій пацієнта. Рекомендована наявність рослини або дрібного елемента, що створює відчуття спокою. Для фізичного комфорту, особливо під час емоційно насичених консультацій, бажано мати воду, серветки, плед
<b>Технічне оснащення</b>	Ноутбук або комп'ютер, багатофункціональний пристрій (МФУ), інтернет-підключення, доступ до електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) через медичну інформаційну систему (МІС) відповідно до вимог НСЗУ, можливість проведення онлайн-консультацій (за потреби)

Інфекційний контроль забезпечується наявністю антисептика на вході, серветок для швидкої дезінфекції поверхонь після кожної сесії та окремого контейнера для відходів. У межах безпеки пацієнта в зоні досяжності не має бути крихких предметів чи гострих інструментів; аптечка та вогнегасник розміщуються так, щоб фахівець мав до них швидкий доступ, але без зайвого візуального стресу для пацієнта.

### Приміщення для групової роботи

Групова робота потребує іншої організації простору, оскільки має забезпечувати не лише конфіденційність, а й можливість безпечної та ефективної взаємодії між учасниками.

**Таблиця 22. Основні вимоги до приміщення для групової роботи психолога**

<b>КАТЕГОРІЯ</b>	<b>ОПИС</b>
<b>Ізольованість і конфіденційність</b>	<p>Приміщення має забезпечувати приватність групової взаємодії та не допускати сторонніх шумів чи переривань. Важливо, щоб обговорення досвіду учасників не було чуто за межами кімнати, а вхід до приміщення був організований так, щоб не створювати перехресних потоків людей під час початку та завершення заняття</p> <p>У межах забезпечення конфіденційності групових занять матеріали зберігаються в закритих немаркованих контейнерах, а під час роботи групи на дверях вішається нейтральна табличка «Групове заняття. Не турбувати»</p>

<b>Доступність і безпека</b>	<p>Учасникам потрібна можливість безперешкодно увійти, розміститись і пересуватись приміщенням.</p> <p>Простір має відповідати вимогам безбар'єрності, мати вільні проходи між стільцями, безпечне розташування меблів і доступні виходи</p> <p>У групах, що включають людей із підвищеним рівнем тривоги чи уразливості, важливо передбачити можливість вибору місця сидіння для відчуття контролю й безпечної дистанції</p>
<b>Оптимальна площа</b>	<p>Площа приміщення визначається кількістю учасників і форматом роботи. Орієнтир — не менше 2–2,5 м<sup>2</sup> на одну особу. Для груп із 8–12 учасниками оптимальною є площа 20–30 м<sup>2</sup>, яка дає можливість не лише сидіти в колі, а й виконувати вправи в русі чи працювати в підгрупах</p>
<b>Освітлення та мікроклімат</b>	<p>Освітлення має бути рівномірним і не осліплювати учасників, а температура — комфортною для роботи протягом 1–2 годин. Важлива регулярна вентиляція або система кондиціонування</p>
<b>Меблі та організація простору</b>	<p>Основою є мобільні стільці, які можна швидко трансформувати з кола в півколо або робочі мікрогрупи. Стільці мають бути легкими, але стійкими</p> <p>Додатково: фліпчарт або маркерна дошка, стіл для матеріалів, зона для вправ (килимок, вільний простір). Важливо уникати масивних меблів і зайвих елементів, які можуть заважати рухові або створювати відчуття тісноти</p>
<b>Технічне оснащення</b>	<p>Проектор або екран для психоосвіти, динаміки для аудіовправ, ноутбук для демонстраційних матеріалів. За потреби — доступ до інтернету</p>

## Мінімальне облаштування тимчасового або обмеженого простору

У багатьох закладах охорони здоров'я психологи працюють у тимчасових приміщеннях або в умовах обмеженого простору. Такі ситуації не мають унеможливити надання якісної психологічної підтримки. Головне — забезпечити базові умови, які гарантують приватність, безпеку та мінімальний комфорт клієнта.

### Базові вимоги для тимчасового простору

- **Тиха кімната, що зачиняється.** Звукоізоляція може бути обмеженою, але важливо, щоб розмову не було чути в коридорі. Це мінімальна умова етичності та конфіденційності.
- **Два стільці та невеликий стіл.** Меблі повинні бути простими й функційними. Якщо повноцінного столу немає, достатньо невеликої поверхні для записів або матеріалів.
- **Базові робочі матеріали.** Папір, ручка, кілька буклетів або інформаційних матеріалів для пацієнта, діагностичні шкали тощо. За потреби — переносна папка або контейнер для зберігання.
- **Чистота і порядок.** Навіть у тимчасовому просторі важливі охайність, провітрювання, відсутність сторонніх запахів або накопичених предметів.
- **Достатнє освітлення та нейтральна атмосфера.** Немає вимоги до дизайнерського оформлення, але бажано уникати різкого світла, холодних пластикових меблів або візуального шуму (плакатів, технічних речей, сторонніх предметів).

- **Тимчасова позначка на дверях.** Наприклад: «Консультація. Не турбувати». Це просте рішення суттєво підвищує відчуття приватності, особливо в коридорах із високим трафіком.

Навіть обмежений простір може бути терапевтичним, якщо забезпечено захищеність розмови, повагу до приватності, професійну організацію робочого місця, можливість психолога зосередитись на взаємодії, а не на шумі чи побутових перешкодах.

Це дає можливість підтримувати якість послуг у громадах, де ресурсів недостатньо, а потреба в психологічній допомозі — зростає.

## Матеріали та інструменти для роботи психолога

Набір матеріалів, які психолог використовує у своїй практиці, не є фіксованим або універсальним, оскільки залежить від:

- спеціалізації фахівця (клінічна психологія, КПТ, кризові втручання, робота з дітьми тощо);
- цільової групи (дорослі, діти, сім'ї, ветерани);
- типів утручань, які надає заклад (психоедукації, індивідуальної підтримки, короткострокових утручань, групової роботи);
- клінічного маршруту пацієнтів.

Тому матеріально-технічне забезпечення формується за принципом **гнучкості та відповідності професійним методам роботи психолога.**

### Базові вимоги до матеріалів:

- матеріали мають бути безпечними, нейтральними й такими, що не викликають небажаних емоційних реакцій;
- мають підтримувати проведення діагностики, психоедукації та базових психологічних утручань;
- паперові матеріали та бланки мають бути нейтральними за змістом, без діагностичних назв або чутливого маркування;
- для дітей використовуються лише ті матеріали, які відповідають віку та безпеці;
- інструменти і візуальні матеріали психолог добирає індивідуально залежно від потреб пацієнта і методології.

**Матеріали не визначаються нормативом — вони визначаються практикою психолога.** Заклад забезпечує базові умови та можливість зберігати матеріали, а кожен фахівець формує власний професійний набір відповідно до компетенцій і наряду роботи.

## 4.4. Модель включення послуг із питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Програму медичних гарантій

МОЗ спільно з НСЗУ реалізують багатовекторну стратегію інтеграції послуг із питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в систему надання медичної допомоги шляхом:

- надання окремих послуг із ПЗПСП на первинній ланці в межах пакета ПМГ «Первинна медична допомога»;
- надання психосоціальної та психіатричної допомоги дорослим і дітям у центрах ментального (психічного) здоров'я в межах пакета ПМГ «Психосоціальна та психіатрична допомога дорослим та дітям, що організовується центрами ментального (психічного) здоров'я та мобільними мультидисциплінарними командами»;
- надання послуг за класом 1.40 Психологія в межах пакета ПМГ «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах»;
- інтеграції послуг із питань психічного здоров'я в низку інших пакетів ПМГ (див. нижче)<sup>8</sup>.

**Таблиця 23. Короткий огляд надання послуг з питань ПЗПСП в розрізі пакетів ПМГ (відповідно до технічних вимог та умов закупівлі медичних послуг за ПМГ у 2025 році)**

ПАКЕТ ПМГ	ОБСЯГ ПОСЛУГ	ВИМОГИ ДО ПЕРСОНАЛУ (ЗА МІСЦЕМ НАДАННЯ ПОСЛУГИ ЧИ В ЗОЗ)	ВИМОГИ ДО МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЛЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ ІЗ ПИТАНЬ ПЗПСП
<b>Первинна медична допомога</b>	Надання окремих послуг із питань психічного здоров'я: – проведення скринінгу на виявлення розладів психічного здоров'я (клінічно діагностованих розладів, які суттєво впливають на когнітивні, емоційні або соціальні здібності людини), а також неврологічних розладів та розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин у пацієнта / пацієнтки; – надання екстреної (кризової) психосоціальної допомоги в разі	<b>Для всіх лікарів ПМД та медичних сестер:</b> сертифікати щодо проходження навчання з ведення та лікування пацієнтів із психічними та неврологічними розладами (ПНР), або онлайн-курс «Ведення поширених психічних розладів на первинному рівні медичної допомоги із використанням керівництва mhGAP» на платформі Академії НСЗУ, або тренінги mhGAP, які проводять ВООЗ та партнерські організації	Відсутні

<sup>8</sup> Обсяги та умови закупівлі медичних послуг у межах пакетів ПМГ на 2025 рік: <https://nszu.gov.ua/nadavacam-poslug/kontaktuvannia-ta-vimogi-pmg-1?groups%5B4%5D%5Battributes%5D%5B%5D=34&page=1&tab=3>

	<p>гострої стресової реакції чи гострого переживання кризи з метою стабілізації психічного стану в межах компетенції сімейного лікаря;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– надання психосоціальної допомоги з метою недопущення загострення психосоціальних проблем, перетворення їх у хронічні форми чи попередження розвитку психічних і поведінкових розладів або інших проблем психічного здоров'я;</li> <li>– ведення пацієнта / пацієнтки з ПНР із застосуванням фармакотерапії та наданням психосоціальної допомоги в межах компетенції сімейного лікаря відповідно до законодавства та програми mhGAP;</li> <li>– здійснення профілактичних заходів щодо груп, сімей та окремих осіб, які мають найвищий ризик потрапляння в складні життєві обставини через вплив несприятливих зовнішніх та/або внутрішніх факторів;</li> <li>– видача за потреби направлення пацієнту / пацієнтці з ПНР за його / її згодою та/або його / її законного представника до лікаря-психіатра, та/або лікаря-психіатра дитячого, та/або лікаря-нарколога щодо консультування та лікування пацієнта / пацієнтки;</li> <li>– підвищення обізнаності, заохочення та супровід населення щодо збереження психічного здоров'я та добробуту</li> </ul>		
--	---	--	--

<p><b>Психосоціальна та психіатрична допомога дорослим і дітям, яку організують центри ментального (психічного) здоров'я та мобільні МДК</b></p>	<p>Деталізовано в умовах закупівлі для цього пакета</p>	<p><b>У Центрі та/або у складі МДК (за місцем надання):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– лікар-психіатр (за умови надання допомоги тільки дорослим) — щонайменше <b>1</b> особа за основним місцем роботи в цьому ЗОЗ;</li> <li>– лікар-психіатр дитячий (за умови надання допомоги дітям) — щонайменше <b>1</b> особа за основним місцем роботи в цьому ЗОЗ;</li> <li>– лікар-психолог, та/або лікар-психотерапевт, та/або клінічний психолог (психолог), та/або психотерапевт — щонайменше <b>1</b> особа з переліку за основним місцем роботи в цьому ЗОЗ;</li> <li>– сестра медична (брат медичний) — щонайменше <b>1</b> особа за основним місцем роботи в цьому ЗОЗ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– електро-кардіограф багатоканальний;</li> <li>– портативний дефібрилятор із функцією синхронізації;</li> <li>– резервне джерело електропостачання;</li> <li>– тонометр та/або тонометр педіатричний із манжетками для дітей різного віку;</li> <li>– пульсоксиметр;</li> <li>– глюкометр;</li> <li>– термометр безконтактний;</li> <li>– аптечка для надання невідкладної допомоги</li> </ul>
<p><b>Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах</b></p>	<p>Оцінка, діагностика та лікування психологічних розладів, пов'язаних зі станами, що впливають на мозок, включає послуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– оцінювання природи когнітивних, поведінкових та емоційних змін, які могли статися внаслідок розвитку набутих або дегенеративних станів, травми головного мозку;</li> <li>– оцінювання впливу вищевказаних змін на спосіб життя;</li> <li>– когнітивне тестування;</li> <li>– когнітивну терапію та психосоціальне консультування.</li> </ul> <p>Навчання пацієнта / пацієнтки з метою покращення його / її знань, усвідомлення та розуміння свого стану, а також надання рекомендацій із запобігання розвитку погіршення проявів психологічних розладів</p>	<p><b>У ЗОЗ:</b></p> <p>лікар-психолог, та/або лікар-психотерапевт, та/або клінічний психолог</p>	<p>Відсутні</p>

<b>Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах</b>	Не визначено	<b>За місцем надання послуги:</b> лікар-психолог, та/або лікар-психотерапевт, та/або психотерапевт, та/або клінічний психолог, та/або психолог — щонайменше <b>2</b> особи із зазначеного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому ЗОЗ або за сумісництвом	Наявність кабінету для надання психологічної допомоги
<b>Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах</b>	Не визначено	<b>За місцем надання послуги:</b> лікар-психолог, та/або лікар-психотерапевт, та/або психотерапевт, та/або клінічний психолог, та/або психолог — щонайменше <b>2</b> особи із зазначеного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому ЗОЗ або за сумісництвом	Відсутні
<b>Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя</b>	Надання послуг із реабілітації у сфері охорони здоров'я членами МДК, психологічний супровід батьків дитини	<b>За місцем надання послуги:</b> лікар-психолог, та/або клінічний психолог, та/або психолог, та/або лікар психотерапевт, та/або психотерапевт — щонайменше <b>2</b> особи із зазначеного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому ЗОЗ або за сумісництвом	Відсутні
<b>Медична реабілітація дорослих і дітей від трьох років з ураженням нервової системи</b>	При наданні послуг у стаціонарних умовах забезпечення щоденно кожної відповідної терапії згідно з індивідуальним реабілітаційним планом фізичної та реабілітаційної медицини, зокрема й психології, протягом щонайменше 5 днів на тиждень	<b>У ЗОЗ:</b> лікар-психолог, та/або психолог, та/або лікар-психотерапевт — щонайменше <b>1</b> особа з цього переліку, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом	Відсутні

<p><b>Стационарна паліативна медична допомога дорослим і дітям</b></p>	<p>Складання плану спостереження пацієнта / пацієнтки, який охоплює фізичні, психологічні, емоційні, соціальні та духовні потреби пацієнта й узгоджені цілі. Надання спеціалізованої паліативної допомоги, спрямованої на оптимізацію стану пацієнта, його функціонування та якості життя, пацієнтам старше 65 років зі значними психічними чи поведінковими розладами, спричиненими психічним захворюванням, віковим органічним ураженням мозку або фізичним станом</p>	<p><b>У 303:</b> лікар-психолог, та/або психолог, та/або лікар-психотерапевт, та/або психотерапевт, та/або клінічний психолог — щонайменше <b>1</b> особа із зазначеного переліку, яка працює за основним місцем роботи в цьому ЗОЗ або за сумісництвом</p>	<p>Відсутні</p>
<p><b>Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям</b></p>	<p>Складання плану спостереження пацієнта / пацієнтки, який охоплює фізичні, психологічні, емоційні, соціальні та духовні потреби пацієнта й узгоджені цілі. Надання спеціалізованої паліативної медичної допомоги за місцем перебування пацієнта, зокрема зі створенням стаціонару вдома за потреби, та/або з використанням засобів телекомунікації, спрямованої на оптимізацію стану пацієнта, його функціонування та якості життя пацієнтам старше 65 років зі значними психічними чи поведінковими розладами, спричиненими психічним захворюванням, віковим органічним ураженням мозку або фізичним станом</p>	<p><b>У 303:</b> лікар-психолог, та/або психолог, та/або лікар-психотерапевт, та/або психотерапевт, та/або клінічний психолог — щонайменше <b>1</b> особа із зазначеного переліку, яка працює за основним місцем роботи в цьому ЗОЗ або за сумісництвом</p>	<p></p>
<p><b>Діагностика та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, у стаціонарних та амбулаторних умовах</b></p>	<p>Консультації пацієнта / пацієнтки психологами</p>	<p><b>У 303:</b> лікар-психолог, або клінічний психолог, або психолог, або лікар-психотерапевт, або психотерапевт — щонайменше <b>1</b> особа із зазначеного переліку, яка працює за основним місцем роботи в цьому ЗОЗ або за сумісництвом</p>	<p>Відсутні</p>

<p><b>Хіміотерапевтичне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах</b></p>	<p>Оцінка психологічного стану пацієнта / пацієнтки та скеровування пацієнта для надання психологічної допомоги (додатково)</p>	<p><b>У 303:</b> лікар-психолог, та/або лікар-психотерапевт, та/або клінічний психолог, та/або психолог, та/або психотерапевт — щонайменше <b>2</b> особи із зазначеного переліку, <b>1</b> з яких — за основним місцем роботи в цьому ЗОЗ та <b>1</b> — за основним місцем роботи в цьому ЗОЗ або за сумісництвом</p>	<p>Відсутні</p>
<p><b>Радіологічне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах</b></p>	<p>Оцінка психологічного стану пацієнта / пацієнтки та надання психологічної допомоги</p>	<p><b>У 303:</b> лікар-психолог, та/або лікар-психотерапевт, та/або клінічний психолог, та/або психолог, та/або психотерапевт — щонайменше <b>2</b> особи із зазначеного переліку, <b>1</b> з яких — за основним місцем роботи в цьому ЗОЗ та <b>1</b> — за основним місцем роботи в цьому ЗОЗ або за сумісництвом</p>	<p>Відсутні</p>
<p><b>Медична допомога при гострому інфаркті міокарда</b></p>	<p>Відсутні</p>	<p><b>У 303:</b> лікар-психолог, та/або лікар-психотерапевт, та/або клінічний психолог, та/або психолог — щонайменше <b>1</b> особа із зазначеного переліку, яка працює за основним місцем роботи в цьому ЗОЗ або за сумісництвом</p>	<p>Відсутні</p>
<p><b>Медична допомога при гострому мозковому інсульті</b></p>	<p>Проведення консультації лікаря-психолога, або лікаря-психотерапевта, або клінічного психолога, або психолога, або психотерапевта</p>	<p><b>У 303:</b> лікар-психолог, або лікар-психотерапевт, або клінічний психолог, або психолог, або психотерапевт — щонайменше <b>1</b> особа із зазначеного переліку, яка працює за основним місцем роботи в цьому ЗОЗ або за сумісництвом</p>	<p>Відсутні</p>
<p><b>Лікування дорослих і дітей методом трансплантації органів</b></p>	<p>Надання психологічної підтримки пацієнту / пацієнтці, який / яка підлягає лікуванню методом трансплантації органів, а також кандидату-донору.</p>	<p>У 303: лікар-психіатр, та/або лікар-психіатр дитячий, та/або лікар-психолог, та/або психолог, та/або лікар-психотерапевт, та/або психотерапевт, та/або клінічний психолог —</p>	<p>Відсутні</p>

	Надання консультативної допомоги пацієнту / пацієнтці щодо підтримки психічного здоров'я	щонайменше <b>1</b> особа із зазначеного переліку, яка працює за основним місцем роботи в цьому ЗОЗ або за сумісництвом	
<b>Лікування дорослих і дітей методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин</b>	Оцінка психоемоційного стану пацієнта / пацієнтки та надання психологічної допомоги на всіх етапах надання допомоги	<b>У ЗОЗ:</b> лікар-психолог, та/або психолог, та/або лікар-психотерапевт, та/або лікар-психіатр, та/або лікар-психіатр дитячий, та/або психотерапевт, та/або клінічний психолог — щонайменше <b>2</b> особи із зазначеного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому ЗОЗ	Відсутні
<b>Лікування та супровід пацієнтів із гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах</b>	Оцінка психологічного стану пацієнта / пацієнтки та надання психологічної допомоги	<b>У ЗОЗ:</b> лікар-психолог, та/або лікар-психотерапевт, та/або клінічний психолог, та/або психолог — щонайменше <b>2</b> особи із зазначеного переліку, які працюють за основним місцем роботи у цьому ЗОЗ або за сумісництвом	Відсутні
<b>Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії</b>	Організація лікування осіб із розладами психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) відповідно до галузевих стандартів. Скринінг психічних розладів, зокрема скринінг, який здійснюється на початку лікування та в динаміці, відповідно до стандартів лікування пацієнта / пацієнтки з опіоїдною залежністю, наявності депресії, тривожних розладів, розладів особистості та	<b>За місцем надання послуги:</b> лікар-психіатр та/або лікар будь-якої іншої спеціальності, який пройшов відповідний курс тематичного удосконалення (із ЗПТ), — щонайменше <b>1</b> особа із зазначеного переліку, яка працює за основним місцем роботи в цьому ЗОЗ або за сумісництвом	Відсутні

	<p>посттравматичних стресових розладів і скринінг на проблемне вживання алкоголю.</p> <p>Інформування пацієнта / пацієнтки щодо можливості отримання соціальних і психологічних послуг, визначення потреб у таких послугах і скерування до місць їх надання</p>		
<p><b>Діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ (та підозрою на ВІЛ)</b></p>	<p>Скринінг на психічні розлади (зокрема на депресію), психологічний супровід і скеровування в разі потреби в ЗОЗ, які надають відповідну допомогу.</p> <p>Оцінка потреби в соціальному супроводі та психологічній підтримці, скерування до відповідних установ і надання особистісно орієнтованої допомоги.</p> <p>Взаємодія з іншими закладами всіх рівнів для забезпечення соціально-психологічного супроводу людям, які живуть із ВІЛ, та особам із груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ</p>	Відсутні	Відсутні
<p><b>Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках</b></p>	<p>Консультації лікарем-психологом та/або психологом; надання психологічної допомоги батькам, забезпечення сприятливого сенсорного оточення для дитини та сімейно орієнтованого догляду, спрямованого на її розвиток</p>	<p><b>У 303:</b> лікар-психолог, та/або психолог, та/або лікар-психотерапевт, та/або клінічний психолог, — щонайменше <b>1</b> особа із зазначеного переліку, яка працює за основним місцем роботи в цьому ЗОЗ або за сумісництвом (додатково для закладів III рівня надання перинатальної допомоги та дитячих лікарень — щонайменше <b>1</b> особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому ЗОЗ або за сумісництвом)</p>	Відсутні

<p><b>Психіатрична допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах</b></p>	<p>Проведення необхідних психодіагностичних тестів у динаміці, відповідно до галузевих стандартів; застосування фармакотерапії, психотерапії, методів психологічного впливу, а також реабілітаційної допомоги відповідно до галузевих стандартів</p>	<p><b>У 303:</b> – лікар-психіатр та/або лікар-психіатр дитячий (за умови надання допомоги дітям) — щонайменше <b>2</b> особи із зазначеного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому 303; – лікар-психолог, та/або лікар-психотерапевт, та/або психолог, та/або клінічний психолог, та/або психотерапевт — щонайменше 2 особи із зазначеного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому 303</p>	<p>Відсутні</p>
<p><b>Готовність закладу охорони здоров'я до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях</b></p>	<p>Забезпечення психологічної підтримки пацієнту / пацієнтці та його / її родичам</p>	<p><b>У 303:</b> лікар-психолог, та/або лікар-психотерапевт, та/або клінічний психолог, та/або психолог — щонайменше <b>1</b> особа із зазначеного переліку, яка працює за основним місцем роботи в цьому 303 або за сумісництвом</p>	<p>Лікарські засоби для психічного здоров'я відповідно до переліку</p>
<p><b>Ведення вагітності в амбулаторних умовах</b></p>	<p>Підготовка вагітної до пологів і батьківства з наданням їй інформаційної та психологічної підтримки. Охорона здоров'я матерів і новонароджених під час повномасштабної війни Росії проти України із залученням психологів і соціальних служб (за потреби) до медико-психологічного та соціального супроводу вагітності, пологів та післяпологового періоду</p>	<p>Відсутні</p>	<p>Відсутні</p>
<p><b>Медична допомога при пологах</b></p>	<p>Надання психологічної підтримки та допомоги жінкам і членам сімей у разі потреби (передчасні пологи, ускладнені пологи та ін.); взаємодія з надавачами послуг із психологічної допомоги та супроводу в інтересах своєчасного та ефективного надання допомоги вагітній, роділлі, породіллі та членам сім'ї</p>	<p>Відсутні</p>	<p>Відсутні</p>

<p><b>Психіатрична допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах</b></p>	<p>Проведення необхідних психодіагностичних тестів у динаміці відповідно до галузевих стандартів; застосування фармакотерапії, психотерапії, методів психологічного впливу, а також реабілітаційної допомоги відповідно до галузевих стандартів</p>	<p><b>У 303:</b>          – лікар-психіатр та/або лікар-психіатр дитячий (за умови надання допомоги дітям) — щонайменше <b>2</b> особи із зазначеного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому 303;          – лікар-психолог, та/або лікар-психотерапевт, та/або психолог, та/або клінічний психолог, та/або психотерапевт — щонайменше <b>2</b> особи із зазначеного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому 303</p>	<p>Відсутні</p>
--	---	---	-----------------

Відповідно до Закону України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» (див. Розділ 2), протягом року після набрання ним чинності буде створена Національна комісія з питань психічного здоров'я. Її діяльність має базуватись на сучасних міжнародних стандартах охорони психічного здоров'я. Очікується також формування саморегульвних організацій у сфері психічного здоров'я, які встановлюватимуть обов'язкові правила професійної діяльності, зокрема стандарти етики, компетентності та вимоги до супервізій. Регулярні супервізії стануть елементом професійного контролю якості та відповідності надаваних послуг.

У перехідний період, коли державна система ще перебудовується, організація послуг із психологічної та психосоціальної підтримки залежить насамперед від управлінських рішень керівників 303, узгоджених з фахівцями із психічного здоров'я, а також від підтримки місцевих органів влади, громадських і донорських організацій. Для забезпечення інтегрованого та якісного надання послуг керівникам 303 рекомендовано:

- **аналізувати наявні обсяги та оцінювати потребу в послугах із питань ПЗПСП** у своїх 303, беручи до уваги тривалість однієї взаємодії фахівця із психічного здоров'я з пацієнтом (у середньому 45–60 хв) та вимоги до пакетів ПМГ щодо надання послуг із ПЗПСП, на які законтракований 303;
- **визначати кількість фахівців із психічного здоров'я** в 303, спираючись на оцінену потребу в цих послугах і не допускати перевантаження фахівців із психічного здоров'я чи ненадання послуг із питань ПЗПСП, передбачених відповідними пакетами ПМГ;
- **заохочувати та підтримувати** (зокрема й матеріально) **професійний розвиток і підвищення кваліфікації** фахівців із психічного здоров'я у своїх 303 з огляду на складність і різноманітність запитів на послуги з питань ПЗПСП, зокрема серед пацієнтів зі станами та травмами, спричиненими війною;
- **використовувати можливості Колективного договору для встановлення посадових окладів** для фахівців із психічного здоров'я з метою залучення та утримання кваліфікованих кадрів (**єдина тарифна сітка НЕ є обов'язковою для КНП!**);
- **організаційно підтримувати роботу фахівців із психічного здоров'я** за рахунок:

- ▶ розробки внутрішніх протоколів, які регулюють процес надання послуг із питань ПЗПСП;
  - ▶ ведення форм облікової документації та звітності;
  - ▶ збору й аналізу даних про роботу фахівців із психічного здоров'я та моніторингу відповідних індикаторів;
  - ▶ забезпечення взаємодії медичних фахівців ЗОЗ із фахівцями із психічного здоров'я;
  - ▶ постійного інформування пацієнтів через різні канали комунікації (інформаційні банери, екрани, друковану інформаційну продукцію, сайт ЗОЗ тощо) про можливість отримання послуги з питань ПЗПСП в ЗОЗ;
  - ▶ організації прямого телефонного або онлайн-запису до фахівців із психічного здоров'я в ЗОЗ;
  - ▶ створення та відповідного оснащення безпечних і комфортних кабінетів для фахівців із психічного здоров'я та зон очікування біля них тощо;
- **забезпечувати взаємодію** з іншими ЗОЗ, закладами соціальної сфери й іншими надавачами послуг із питань ПЗПСП задля сталості та повноти надання цих послуг пацієнтам.

**Керівникам ЗОЗ первинного рівня** надання медичної допомоги, особливо в громадах із віддаленими від центру поселеннями, доцільно розглянути введення посади фахівця із психічного здоров'я. Лікарі та медичні сестри ПМД, навчені за програмою mhGAP, можуть надавати лише базові види ПЗПСП (першу психологічну допомогу, психосоціальний супровід, профілактику), тоді як потреби пацієнтів часто виходять за межі базових утручань. Наявність психолога в ПМД підвищує доступність допомоги, зменшує навантаження на спеціалізовані служби та сприяє ранньому виявленню психічних розладів.

## 4.5. Джерела фінансування для організації надання послуг із питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки

**У 2026 р. видатки державного бюджету на ОЗ складатимуть 258 млрд. грн. (+38,2 млрд. грн. до 2025 р.), зокрема\*:**

- **191,6** млрд. грн. — ПМГ 2026;
- **41** млрд. грн — підвищення зарплат лікарям;
- **10** млрд. грн — скринінг здоров'я для людей віком від 40 років;
- **18,6** млрд. грн — інвестиційні проекти у сфері ОЗ за напрямками материнство і дитинство, реабілітація, психіатрична допомога, медичне обладнання тощо.

*\*ЗУ про Державний бюджет України на 2026 рік (перше читання)*

Фінансування надання послуг ОЗ, зокрема і послуг із питань ПЗПСП, у комунальних ЗОЗ здійснюється за рахунок коштів державного бюджету (ПМГ та інші програм МОЗ) і місцевих бюджетів. Кошти міжнародних партнерів та донорських організацій можуть спрямовуватись у сферу ПЗ через різноманітні проекти, які реалізують проектні організації або організації громадянського суспільства.

У 2024 році загальні видатки на ОЗ становили 238,5 млрд грн, із них видатки державного бюджету разом із трансфертами — 201,4 млрд грн, а видатки місцевих бюджетів — 37,1 млрд грн.

За рахунок субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам проводиться оплата поточних видатків ЗОЗ, зокрема закладів служби

крові, медико-соціальних експертних комісій, забезпечення дітей, хворих на рідкісні захворювання,

У 2026 р. у сфері ОЗ заплановано реалізацію понад **186** інвестиційних проєктів на суму понад **39 млрд. грн\***.

Інвестиції спрямовуватимуться на підтримку материнства та дитинства, розбудову системи онкологічної допомоги, модернізацію медичної освіти, розвиток реабілітації, **охорону ПЗ**, оснащення лікарень сучасним обладнанням та оновлення медичної інфраструктури.

*\*За інформацією МОЗ*

продуктами лікувального харчування тощо. Також за рахунок субвенції здійснюється фінансування капітальних видатків на будівництво (відновлення, реконструкцію тощо) та забезпечення медичним обладнанням у межах реалізації публічних інвестиційних проєктів відповідно до переліку, схваленого Стратегічною інвестиційною радою. Згідно з Постановою КМУ від 04.05.2024 № 549 «Про утворення Стратегічної інвестиційної ради», Стратегічна інвестиційна рада є тимчасовим консультативно-дорадчим органом КМУ, створеним для сприяння забезпеченню координації дій органів виконавчої влади з питань узгодження

стратегічних пріоритетів здійснення публічних інвестицій та схвалення планів пріоритетних публічних інвестицій<sup>9</sup>.

Державний бюджет через ПМГ є основним джерелом фінансування послуг із питань ПЗПСП. Частка місцевих бюджетів у загальних видатках на ОЗ становить 15,5 % (2024 р.), що свідчить про участь громад у підтримці ЗОЗ навіть за умов бюджетної централізації та зменшення дохідної частини місцевих бюджетів через низку факторів, пов'язаних із війною (пошкодження інфраструктури, масову міграцію населення, зменшення кількості робочих місць і падіння податкової бази в громадах). Залежно від фінансової стійкості громади видатки місцевих бюджетів можуть спрямовуватись і на організацію надання послуг із питань ПЗПСП.

Медична реформа надала ЗОЗ високий рівень автономії, даючи їх керівництву можливості створювати сучасні умови для лікування пацієнтів і розвитку команд. Технічними вимогами до понад двадцяти пакетів медичних послуг ПМГ (див. підрозділ 4.4) передбачена наявність фахівця з ПЗ в ЗОЗ або за місцем надання послуги. При цьому ефективність, доступність і якість послуг із ПЗПСП залежать від того, як заходи з упровадження моделі надання послуг із ПЗПСП реалізуються на місцях — у медичних закладах, командах фахівців і громадах, та наскільки самі ЗОЗ проактивно підходять до розбудови системи ПЗ у співпраці з громадою та організаціями соціальної сфери.

Основними складовими організації надання якісних та ефективних послуг із питань ПЗПСП в ЗОЗ є: 1) пошук і працевлаштування фахівця з ПЗ; 2) облаштування зручного та безпечного простору для надання послуг із ПЗ; 3) організація процесів запису, скерування та залучення пацієнтів ЗОЗ і мешканців громад до фахівця з ПЗ; 4) постійне підвищення кваліфікації, професійний розвиток і наявність супервізій у фахівця з ПЗ. Фінансування надання послуг із питань ПЗПСП може здійснюватися за рахунок коштів ПМГ (оплата праці фахівця з ПЗ), місцевих бюджетних програм (ремонт та облаштування приміщення) та грантів громадського сектора (наприклад, закупівля обладнання для кабінетів фахівців із ПЗ, підвищення кваліфікації фахівців, проведення комунікаційних кампаній у громаді).

## Видатки місцевих бюджетів

В умовах воєнного часу місцеві бюджети залишилися без реальних важелів впливу на приріст доходів, а отже, й не мають значного потенціалу для розширення інвестицій: у 2024 р. зростання доходів загального фонду місцевих бюджетів без трансфертів із державного бюджету становило лише 2,1 % порівняно з попереднім роком<sup>10</sup>. Структура видатків свідчить про зосередження громад на базових, життєво важливих функціях у сфері освіти, інфраструктури, соціального захисту й економічного розвитку. Видатки місцевих бюджетів на ОЗ у 2024 р. становили приблизно 5 % від загальних видатків місцевих бюджетів, що на 11 % (4 млрд грн) більше, ніж у 2021 р. (до початку повномасштабного вторгнення).

Відповідно до Бюджетного Кодексу України у сфері ОЗ:

- до видатків, що здійснюються з бюджетів **сільських, селищних, міських територіальних громад**<sup>11</sup> (ст. 89), належать видатки на:
  - ▶ оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальних ЗОЗ, які належать відповідним територіальним громадам, для забезпечення надання медичних послуг за ПМГ;
  - ▶ місцеві програми розвитку та підтримки комунальних ЗОЗ, які належать відповідним територіальним громадам, місцеві програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений ПМГ;
  - ▶ місцеві програми громадського здоров'я;
- до видатків, що здійснюються з **обласних** бюджетів (ст. 90), належать видатки на:
  - ▶ оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальних ЗОЗ, які є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні обласних рад, для забезпечення надання медичних послуг за ПМГ;
  - ▶ регіональні програми розвитку та підтримки комунальних ЗОЗ, які є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні обласних рад, і регіональні програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений ПМГ;
  - ▶ регіональні програми громадського здоров'я;
  - ▶ інші заклади та заходи в системі охорони здоров'я (будинки дитини, заклади служби крові, медико-соціальні експертні комісії, бази спецмедпостачання);
- до видатків, що можуть здійснюватися з **усіх місцевих** бюджетів (ст. 91), належать видатки на реалізацію програм допомоги і грантів Європейського Союзу, урядів іноземних держав, міжнародних організацій, донорських установ.

Ознайомтеся з місцевими програмами розвитку та підтримки ЗОЗ. Підготуйте обґрунтування потреби організації послуг із ПЗПС у вашому ЗОЗ та проведіть розрахунки витрат. Надайте аргументи, що підтверджують потребу виділення коштів та описують взаємодію з іншими надавачами психосоціальної допомоги в громаді. Використовуйте інструменти бізнес-планування для адвокації виділення коштів на ремонт приміщення та зони очікування для фахівця з ПЗ в ЗОЗ, закупівлю необхідних меблів чи обладнання.

## Проекти громадського сектора

Гранти громадських організацій (ГО) — це фінансова підтримка для реалізації проєктів у сфері ОЗ, яку надають міжнародні донорські організації. Щоб отримати грант, потрібно знайти відповідну програму, подати заявку, яка описує проєкт і його цілі, та відповідати вимогам грантодавця.

### На що найчастіше виділяються кошти у сфері охорони ПЗ?

- Тренінги або інші заходи для фахівців із ПЗ, спрямовані на підвищення кваліфікації та напрацювання практичних навичок роботи в офлайн-, онлайн- та змішаному форматах.
- Підтримка керівництва ЗОЗ в організації процесів надання послуг із ПЗ (наприклад, розробка форм звітності, алгоритмів маршрутизації, запису пацієнтів, планування та моніторингу роботи фахівців із ПЗ в ЗОЗ тощо).
- Закупівля меблів та оргтехніки для кабінетів фахівців із ПЗ та зон очікування перед ними.
- Виготовлення друкованих комунікаційних та інформаційних матеріалів (банерів, плакатів, інформаційних листівок тощо), виготовлення електронних комунікаційних матеріалів (відео, фото, інформаційних постів) для розміщення на сайті ЗОЗ та каналах у соціальних мережах.
- Проведення комунікаційних кампаній у громаді, спрямованих на залучення, протидію стигматизації, формування запиту на послуги з ПЗ, інформування щодо того, де можна отримати послуги з ПЗ тощо.

### Які очікування від отримувача гранту?

- Якісна підготовка заявки на участь у проєкті та визначення відповідальної особи, яка буде співпрацювати з представниками ГО, що впроваджує проєкт, та/або донора протягом періоду реалізації проєкту.
- Готовність команди грантоотримувача (наприклад, визначених працівників ЗОЗ) до залучення в активності проєкту (наприклад, участь в опитуваннях та онлайн-заходах, виконання завдань у межах тренінгів, розміщення інформаційних матеріалів на каналах грантоотримувача тощо) та досягнення визначених результатів (збільшення кількості нових пацієнтів чи пацієнтів, що належать до певних вразливих груп населення, підвищення обізнаності про доступність безоплатних консультацій із ПЗ тощо).
- Підтримка в зборі даних для оцінки результатів проєкту.
- Проведення оцінки знань до та після проведення тренінгів або навчальних заходів.
- Готовність до запровадження організаційних змін, якщо така активність передбачена проєктом.
- Готовність виконувати вимоги ГО або донора та проводити звітування відповідно до визначених форм.
- Застосування елементів брендування та візуальної ідентичності донора.
- Готовність до перевірки досягнення заявлених у проєкті короткострокових результатів із боку представників ГО та/або донора протягом 6–12 місяців після завершення проєкту.

### Як шукати інформацію про гранти?

- Моніторити платформи, які надають інформацію про гранти, конкурси та фінансування (наприклад, ресурсний центр Гурт ([gurt.org.ua](http://gurt.org.ua)), Громадський простір ([prostir.ua](http://prostir.ua)), GetGrant ([getgrant.ua](http://getgrant.ua)),

Центр розвитку «Час змін» ([chaszmin.com.ua](http://chaszmin.com.ua)), [granty.org.ua](http://granty.org.ua) та інші) і підписатись на їхні розсилки новин.

- Моніторити ресурси місцевих органів влади.
- Підписатись на Facebook та LinkedIn групи грантових ініціатив.
- Переглядати соціальні мережі ГО, які впроваджують проекти у сфері ОЗ.
- Дізнаватись інформацію в колег, які брали участь у проєктах та отримували гранти.

## Використані джерела та рекомендована література

1. Контрактування та вимоги ПМГ. URL: <https://nszu.gov.ua/nadavacam-poslug/kontaktuvannia-ta-vimogi-pmg-1?tab=1>.
2. Деякі питання надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб: Постанова Каб. Міністрів України від 05.07.2024 № 781. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/781-2024-p#Text>
3. Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1075: станом на 26 грудня 2019 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-p#Text>
4. Про колективні договори і угоди: Закон України від 01.07.1993 № 3356-XII: станом на 11 грудня 2022 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3356-12#Text>
5. Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення: Наказ Міністерства праці та соціальної політики України від 05.10.2005 № 308/519: станом на 13 червня 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1209-05#Text>
6. Деякі питання оплати праці медичних, фармацевтичних працівників та фахівців з реабілітації державних та комунальних закладів охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 13.01.2023 № 28: станом на 1 жовтня 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/28-2023-p#Text>
7. Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери: Постанова Кабінету Міністрів України від 30.08.2002 № 1298: станом на 11 жовтня 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1298-2002-p#Text>
8. Обсяги та умови закупівлі медичних послуг у межах пакетів ПМГ на 2025 рік: URL: <https://nszu.gov.ua/nadavacam-poslug/kontaktuvannia-ta-vimogi-pmg-1?groups%5B4%5D%5Battributes%5D%5B%5D=34&page=1&tab=3>
9. Про утворення Стратегічної інвестиційної ради: Постанова Кабінету Міністрів України від 14.05.2024 № 549: станом на 7 серпня 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/549-2024-p#Text>
10. Аналіз виконання місцевих бюджетів за 2024 рік. URL: <https://decentralization.ua/news/19387>
11. Бюджетний кодекс України: Кодекс України від 08.07.2010 № 2456-VI: станом на 4 липня 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text>

# РОЗДІЛ 5. АЛГОРИТМ УПРОВАДЖЕННЯ

## МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ

## ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В

## ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

### 5.1. Дорожня карта впровадження моделі організації надання психологічної допомоги в закладах охорони здоров'я

Успішне впровадження психологічної допомоги в закладах охорони здоров'я потребує поетапного, системного підходу з урахуванням ресурсних можливостей, специфіки клінічної діяльності та управлінських рішень конкретного закладу.

Наведена в кінці параграфу дорожня карта пропонує логічну послідовність дій, які дають можливість організувати надання психологічної допомоги як невід'ємну частину щоденної практики закладу. Вона базується на ключових управлінських, клінічних і етичних принципах, викладених у Моделі організації надання психологічної допомоги в ЗОЗ, та охоплює чотири основні етапи:

- підготовчий;
- планування та організацію;
- інтеграцію в клінічні процеси;
- підтримку та якість.

Запропонована Дорожня карта є інструментом, що дає керівництву ЗОЗ можливість системно впроваджувати психологічну допомогу й уникати фрагментарних або разових рішень. Вона допомагає закріпити процеси, формалізувати взаємодію між підрозділами та забезпечити сталість роботи служби.

Регулярний перегляд етапів Дорожньої карти сприяє адаптації моделі до нових ресурсних можливостей, клінічних потреб і змін у нормативно-правовому полі. Завдяки цьому психологічна допомога поступово переходить від ініціативи окремих ентузіастів до повноцінного, системно керованого напрямку діяльності закладу.

Результатом проходження всіх етапів має стати інституційна сталість послуги — її повна інтеграція в структуру закладу, з офіційним закріпленням відповідальних осіб, процедур і механізмів.

Щоб забезпечити системний підхід до впровадження психологічної допомоги, важливо чітко розуміти етапи, через які має пройти заклад охорони здоров'я. Ці етапи охоплюють як організаційні рішення, так і конкретні дії щодо інтеграції послуг у клінічну практику, а також заходи з підтримки якості. Наведена нижче таблиця узагальнює ключові дії, очікувані результати на кожному етапі та розділи посібника, на які слід звернути увагу під час впровадження.

Таблиця 24. Етапи впровадження та очікувані результати

ЕТАП	ОЧІКУВАНИЙ РЕЗУЛЬТАТ (ДОКУМЕНТ / СТАН)	РОЗДІЛИ ПОСІБНИКА (НА ЩО ПОДИВИТИСЬ)
<b>ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Заповнений чекліст готовності закладу до впровадження</li> <li>• Попереднє рішення про орієнтовний обсяг і формат послуги в закладі</li> </ul>	<p><b>Розділ 1</b> — цілі, контекст, піраміда інтервенцій, очікувані результати</p> <p><b>Підрозділ 3.1</b> — місце психологічної служби в структурі ЗОЗ</p> <p><b>Підрозділ 4.1</b> — орієнтири для оцінки ресурсів</p> <p><b>Підрозділ 5.2</b> — чеклісти готовності</p>
<b>ПЛАНУВАННЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наказ про відповідальну особу / координатора</li> <li>• Затверджене Положення про психологічну службу, яке визначає завдання, функції, місце в структурі, взаємодію з підрозділами та базові принципи роботи</li> <li>• Наявний комплект ключових документів: посадових інструкцій, базових СОП з обліку та звітності</li> <li>• Визначено приміщення й базові організаційні умови надання психологічної допомоги</li> </ul>	<p><b>Розділ 2</b> — нормативна база, вимоги до фахівців і послуги</p> <p><b>Підрозділи 3.1–3.4</b> — функціональна схема, кадрова політика, взаємодія з адміністрацією</p> <p><b>Підрозділи 3.8–3.9</b> — документація та конфіденційність</p> <p><b>Підрозділи 4.1–4.3</b> — кадрові потреби, ресурси, приміщення</p>
<b>ІНТЕГРАЦІЯ В КЛІНІЧНІ ПРОЦЕСИ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Затверджений алгоритм маршрутизації пацієнтів до клінічного психолога, за потреби — із зовнішніми маршрутами</li> <li>• Визначені пріоритетні категорії пацієнтів і типи втручань для відповідного закладу</li> <li>• Описаний формат участі клінічного психолога в клінічних процесах (робота в підрозділах, МДК, клінічні наради), етичні та конфіденційні вимоги інтегровані в СОП</li> </ul>	<p><b>Підрозділ 1.1</b> — піраміда психосоціальних інтервенцій</p> <p><b>Підрозділ 3.1</b> — роль служби в екосистемі ЗОЗ</p> <p><b>Підрозділи 3.5–3.7</b> — співпраця з клінічними підрозділами, маршрутизація, кейс-менеджмент</p> <p><b>Підрозділ 3.2</b> — мінімальні стандарти та етичні принципи</p>
<b>ПІДТРИМКА ТА ЯКІСТЬ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Затверджений план безперервного професійного розвитку, супервізій та інтервізій для клінічних психологів</li> <li>• Узгоджений набір індикаторів якості й доступності послуги та базові шаблони звітів</li> <li>• Працюючий механізм моніторингу та зворотного зв'язку (пацієнти, персонал) і домовлений формат періодичного перегляду рішень</li> </ul>	<p><b>Підрозділ 3.2</b> — індикатори якості та стандарти послуги</p> <p><b>Підрозділ 3.8</b> — звітність і аналіз діяльності</p> <p><b>Підрозділи 4.1–4.2</b> — ресурси, БПР, супервізія</p> <p><b>Підрозділи 5.1–5.3</b> — алгоритм упровадження, ролі, чеклісти</p>

# Дорожня карта впровадження моделі організації надання психологічної допомоги в закладах охорони здоров'я

## 1 ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП

- **Мета:** Визначити рівень готовності закладу охорони здоров'я до впровадження послуги психологічної допомоги.
- Проведення попереднього аналізу ресурсів закладу: кадрових, організаційних, матеріально-технічних і фінансових.
- Оцінка наявності потреб у психологічній допомозі серед пацієнтів, а також готовність персоналу до змін.
- Здійснення самооцінки за чек-листом готовності
- Формування базових припущень щодо обсягу, формату і типу допомоги, яка буде впроваджена.

## 2 ПЛАНУВАННЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ

- **Мета:** Забезпечити стратегічне й організаційне підґрунтя для впровадження моделі психологічної допомоги.
- Призначення відповідальної особи (або осіб) за організацію психологічної допомоги та координацію процесу впровадження.
- Планування кадрових потреб, визначення наявних фахівців (психологи, соціальні працівники, психотерапевти) та потреби в додаткових посадах.
- Виділення приміщення для надання психологічної допомоги з урахуванням вимог конфіденційності та доступності.
- Визначення механізму реєстрації, обліку та звітності за наданими послугами відповідно до внутрішніх процедур ЗОЗ.
- Підготовка організаційно-розпорядчих документів (накази, положення, посадові інструкції), що регламентують роботу з надання психологічної допомоги.
- Забезпечення взаємодії між адміністрацією, клінічними підрозділами та фахівцями, які надають допомогу.

## 3 ІНТЕГРАЦІЯ В КЛІНІЧНІ ПРОЦЕСИ

- **Мета:** Вбудувати психологічну допомогу у щоденну практику ЗОЗ.
- Визначення каналів виявлення пацієнтів, які потребують психологічної допомоги (через лікаря, самозвернення, скринінг, спостереження медичного персоналу).
- Формування чітких маршрутів пацієнта: від первинного контакту до консультації з фахівцем психологічної допомоги, з урахуванням етапів супроводу або перенаправлення.
- Встановлення формату взаємодії психолога з клінічними підрозділами (наприклад, консультації в конкретних кабінетах, участь у клінічних нарадах, супровід пацієнтів у відділеннях).
- Визначення категорій пацієнтів, які є пріоритетними для отримання допомоги, залежно від специфіки закладу (паліативні, хронічні, посттравматичні тощо).
- Забезпечення можливості для кризового втручання, короткострокової або епізодичної підтримки у випадках емоційної дестабілізації пацієнтів.
- Дотримання етичних стандартів, принципу добровільності та конфіденційності в межах всієї клінічної роботи.

## 4 ПІДТРИМКА ТА ЯКІСТЬ

**Мета:** Забезпечити належну якість психологічної допомоги та її стале функціонування в межах ЗОЗ.

Організація безперервного професійного розвитку фахівців, залучених до надання психологічної допомоги: участь у навчальних програмах, семінарах, тренінгах.

Забезпечення супервізійної та інтервізійної підтримки фахівців.

Визначення індикаторів ефективності роботи служби: кількість звернень, тривалість взаємодії, частота перенаправлень, рівень задоволеності пацієнтів.

Запровадження механізмів моніторингу: регулярна звітність, аналіз результатів діяльності, виявлення труднощів і потреб у вдосконаленні процесів.

Формування механізму зворотного зв'язку від пацієнтів та персоналу для оцінки доступності, якості та корисності послуги.

Періодичний перегляд організаційних рішень і процедур з урахуванням результатів оцінки, нових клінічних потреб та змін у нормативному полі.

## ФІНАЛЬНИЙ РЕЗУЛЬТАТ: ІНСТИТУЦІЙНА СТАЛІСТЬ

- Модель інтегрована в структуру закладу:
- Створено окрему службу/підрозділ.
- Всі ролі закріплені офіційно.
- Робота психологічної допомоги є частиною щоденної практики.

## Наступні кроки після впровадження Дорожньої карти

Упровадження Дорожньої карти не завершує процесу створення психологічної служби — навпаки, воно формує основу для подальшого розвитку. Після проходження всіх етапів заклад отримує структуровану систему організації роботи, яку можна масштабувати, удосконалювати й адаптувати під нові виклики.

Наступними управлінськими пріоритетами можуть стати:

- **розвиток міжвідомчої взаємодії** — зокрема із системою освіти, центрами соціальних служб, громадськими організаціями й іншими партнерами, здатними посилити безперервність допомоги;
- **поглиблена аналітика потреб пацієнтів**, що включає регулярні дослідження, опитування та аналіз клінічних кейсів;
- **запровадження внутрішніх стандартів і протоколів**, що деталізують роботу фахівця із психологічної допомоги в різних клінічних ситуаціях;
- **оптимізація кадрового забезпечення**, зокрема й перехід від роботи одного спеціаліста до мультипрофесійної команди психологічної підтримки;
- **формування ресурсної політики**, що охоплює бюджетування, матеріально-технічне забезпечення та довгострокове планування розвитку послуги.

Таким чином, психологічна служба постає не як допоміжна опція, а як стабільний, інтегрований елемент системи охорони здоров'я, що є частиною стратегії закладу та впливає на якість медичної допомоги.

## 5.2. Чеклісти готовності до впровадження

У підрозділі 5.1 описана логічна послідовність дій, необхідних для організації та інтеграції послуг із психологічної допомоги в поточну роботу ЗОЗ. Нижче наведені чеклісти відповідно до чотирьох основних етапів упровадження (підготовчого, планування та організації, інтеграції в клінічні процеси, підтримки та якості).

Ці чеклісти допоможуть структурувати завдання, відстежувати прогрес, своєчасно виявляти прогалини й уникати пропуску критично важливих кроків.

Переліки запитань і критеріїв можна адаптувати — розширювати, конкретизувати або деталізувати відповідно до специфіки кожного ЗОЗ, його ресурсів, моделі роботи та клінічних потреб.

## I. Чекліст упровадження: підготовчий етап

ПЕРЕЛІК ОСНОВНИХ ЗАПИТАНЬ	ВІДЗНАЧТЕ, ЯКЩО ТАК	ПРИМІТКИ
<b>Аналіз наявних ресурсів: кадрових, організаційних, матеріально-технічних і фінансових</b>		
<b>Кадри</b>		
Чи працевлаштовані в ЗОЗ фахівці з ПЗ?		
Якщо так, чи наближена їхня завантаженість до повної зайнятості?		
Чи відповідає їхня кваліфікація наявним потребам?		
Чи є розуміння щодо того, який (які) саме фахівець із ПЗ (кваліфікація, досвід) потрібен ЗОЗ?		
<b>Організація</b>		
Чи проведено ознайомлення з нормативно-правовою базою й іншими корисними документами та матеріалами?		
Чи законтракований ЗОЗ на пакети медичних послуг за ПМГ, технічними вимогами до персоналу яких передбачена наявність фахівця з ПЗ?		
<i>Якщо так</i> , чи відповідає кількість послуг ПД, які повинні надаватись у межах цих пакетів, обсягу робочого часу працевлаштованих фахівців із ПЗ?		
<i>Якщо ні</i> , чи планує ЗОЗ контракуватись на такі пакети ПМГ?		
Якщо ЗОЗ надає лише послуги з ПМД, чи достатньо в лікарів навичок, отриманих під час проходження курсу mhGAP, та часу для надання базової ПД пацієнтам?		
<b>Матеріально-технічні ресурси</b>		
Чи є в ЗОЗ приміщення для надання індивідуальних послуг ПД?		
Чи потребує це приміщення ремонту?		
Чи є в ЗОЗ приміщення для надання групових послуг ПД?		
Чи потребує це приміщення ремонту?		
Чи потребує ремонту приміщення для очікування?		
Чи забезпечене кожне з приміщень матеріально-технічними засобами відповідно до рекомендованого переліку (меблями, оргтехнікою, засобами зв'язку, інформаційними матеріалами)?		
<i>Якщо ні</i> , складіть деталізований список потреби		

<b>Фінанси</b>		
Чи може ЗОЗ провести облаштування простору для надання послуг ПД за власний рахунок?		
Чи передбачені витрати на облаштування простору для надання послуг ПД в плані розвитку ЗОЗ?		
Чи розроблений інвестиційний проєкт?		
Чи звертався ЗОЗ до органів місцевої влади щодо отримання фінансування для облаштування простору для надання послуг ПД в ЗОЗ?		
Чи досліджувались можливості участі ЗОЗ у проєктах ГО?		
Чи розраховано річний фонд ЗП для фахівця / фахівців із ПЗ?		
Чи передбачені ці витрати бюджетом ЗОЗ?		
Чи внесена інформація про посаду, ставку, заохочення фахівця / фахівців із ПЗ в Колективний договір?		
<b>Оцінка потреб у ПД</b>		
Чи проведена попередня оцінка потреб у ПД серед пацієнтів ЗОЗ? <i>(Для цього можуть використовуватись наявні дані: кількість пролікованих пацієнтів, яким потрібно надавати / надавались послуги ПД, кількість звернень або скарг щодо психічного здоров'я, кількість потенційних скерувань від інших спеціалістів ЗОЗ чи лікарів ПМД тощо; або потрібно провести опитування серед медичного персоналу ЗОЗ та працівників кол-центру ЗОЗ)</i>		
Чи є в громаді інші ЗОЗ, які надають послуги ПД та ПСД / Центр психічного здоров'я / інші надавачі послуг ПД та ПСД?		
<i>Якщо так, чи налагоджена / є реалістична можливість для налагодження співпраці щодо скерування до них пацієнтів ЗОЗ?</i>		
<b>Формування базових припущень щодо необхідного обсягу, формату і типу психологічної допомоги</b>		
Чи сформоване розуміння щодо того, яких типів ПД потребуватимуть пацієнти / клієнти?		
Чи можна спрогнозувати кількість нових пацієнтів, що потребуватимуть послуг ПД в ЗОЗ на основі наявних даних?		
Чи є уявлення щодо профайлу таких пацієнтів?		

## II. Чекліст упровадження: етап планування та організації

ПЕРЕЛІК ОСНОВНИХ ЗАПИТАНЬ	ВІДЗНАЧТЕ, ЯКЩО ТАК	ПРИМІТКИ
Чи визначена особа або особи, відповідальні за організацію надання ПД та її впровадження в ЗОЗ?		
<b>Планування кадрових потреб</b>		
Чи проведено оцінку кадрових потреб?		
Чи співвідносяться дані оцінки кадрових потреб з аналізом оцінки потреб у ПД?		
Чи є отримані оцінки досяжними з огляду на наявні фінансові ресурси?		
Чи визначені посади, ставки та кількість робочого часу для кожного з фахівців із ПЗ, яких планується прийняти на роботу в ЗОЗ?		
Чи прийняте рішення про перекваліфікацію наявних медичних працівників (наприклад, медична сестра -> кейс-менеджер)?		
Чи внесена ця інформація в Колективний договір?		
Чи розроблені оголошення про вакансію, посадові інструкції, договори?		
<b>Виділення приміщення для надання ПД</b>		
Чи виділені приміщення для надання послуг із ПД (індивідуальних / групових)?		
Чи відповідають ці приміщення вимогам конфіденційності?		
Чи відповідають ці приміщення вимогам доступності (безбар'єрності)?		
Чи оснащені приміщення відповідно до мінімальних вимог щодо матеріально-технічного забезпечення?		
<i>Якщо ні, чи визначені способи і строки забезпечення необхідного рівня матеріально-технічного забезпечення?</i>		
Чи створені інформаційні матеріали (банери, інформаційні відео, плакати) щодо роботи фахівця з ПЗ в ЗОЗ?		
Чи забезпечений фахівець із ПЗ роздатковими матеріалами?		
Чи забезпечений фахівець із ПЗ окремою телефонною лінією зв'язку з пацієнтами?		
<b>Підготовка організаційно-розпорядчих документів</b>		
Чи розроблене та затверджене положення про психологічну службу (якщо вона створюється)?		

Чи затверджені медична документація та форми звітності фахівця з ПЗ?		
Чи затверджені інструкції щодо їх заповнення та зберігання?		
Чи розроблені механізми щодо реєстрації пацієнтів / клієнтів і їх обліку?		
Чи затверджена посадова інструкція фахівця з ПЗ?		
Чи виконані вимоги щодо забезпечення конфіденційності надання ПД?		
<b>Забезпечення взаємодії між адміністрацією ЗОЗ, клінічними підрозділами, спеціалістами, лікарями ПМД та фахівцями з ПЗ</b>		
Чи ознайомлені медичні працівники ЗОЗ із графіком роботи фахівця з ПЗ?		
Чи проведений тренінг для працівників кол-центру щодо запису / скерування пацієнтів до фахівця з ПЗ?		
Чи введений фахівець із ПЗ до складу МДК (якщо така є)?		
Чи забезпечена участь фахівця з ПЗ на нарадах ЗОЗ?		

### III. Чекліст упровадження: етап інтеграції в клінічні процеси

ПЕРЕЛІК ОСНОВНИХ ЗАПИТАНЬ	ВІДЗНАЧТЕ, ЯКЩО ТАК	ПРИМІТКИ
<b>Маршрутизація внутрішня та зовнішня</b>		
Чи відстежуються канали виявлення пацієнтів, які потребують психологічної допомоги?		
<i>Якщо так</i> , проаналізуйте, які канали (наприклад, лікар ПМД, лікуючий лікар, самозвернення, скринінг, спостереження медичного персоналу) є найбільш активними, а які потребують підсилення.		
Чи впроваджені чіткі внутрішні маршрути для пацієнтів, що потребують / звертаються по ПД?		
Чи бере участь фахівець із ПЗ в брифінгах (нарадах фахівців) під час внутрішнього переміщення пацієнта?		
Чи здійснюється пріоритезація певних категорій пацієнтів (наприклад, паліативних, хронічних, посттравматичних тощо) при отриманні ПД?		
Чи створений єдиний цифровий простір для доступу до даних пацієнта при маршрутизації?		
Чи працюють зовнішні маршрути для основних категорій пацієнтів (від первинного контакту з фахівцем із ПЗ до перенаправлення)?		
Чи працює міжвідомча взаємодія в межах громади?		
Чи готує фахівець із ПЗ відповідні документи при зовнішньому переміщенні пацієнта?		
<b>Кейс-менеджмент</b>		
Чи запроваджена в ЗОЗ функція кейс-менеджменту?		
Чи є окремий працівник – кейс-менеджер – або ж цю функцію виконує фахівець із ПЗ?		
Чи складається індивідуальний план допомоги / супроводу із забезпеченням принципу комплексності допомоги?		
Чи проводиться моніторинг виконання цього плану?		
<i>Якщо так</i> , які інструменти використовуються (щоденники клієнта, анкети самооцінки, зустрічі з родиною клієнта, опитувальники якості життя тощо)?		
Чи заповнюється картка маршрутизації клієнта, яка допомагає відстежувати шлях клієнта в системі надання різних видів допомоги?		

<b>Взаємодії фахівця з ПЗ з клінічними підрозділами 303</b>		
Чи проводяться консультації у визначених кабінетах?		
Чи бере участь фахівець із ПЗ в клінічних нарадах?		
Чи здійснює фахівець із ПЗ супровід пацієнтів у відділеннях?		
Чи здійснює фахівець із ПЗ кризове втручання або першу психологічну допомогу в приймальньому відділенні?		
Чи здійснює фахівець із ПЗ епізодичну підтримку у випадках емоційної дестабілізації пацієнтів?		

#### IV. Чекліст упровадження: підтримка та забезпечення якості

ПЕРЕЛІК ОСНОВНИХ ЗАПИТАНЬ	ВІДЗНАЧТЕ, ЯКЩО ТАК	ПРИМІТКИ
Чи виконує фахівець із ПЗ вимоги щодо: – безперервного професійного розвитку?		
– супервізійної та інтервізійної підтримки?		
Чи дотримується фахівець із ПЗ в роботі професійних етичних стандартів?		
Чи дотримується фахівець із ПЗ вимог щодо конфіденційності?		
Чи зберігаються документація та звітність фахівця з ПЗ відповідно до вимог конфіденційності?		
Чи розроблені та затверджені показники роботи фахівця з ПЗ / психологічної служби?		
Чи здійснює фахівець із ПЗ звітування за цими показниками відповідно до затверджених інструкцій і періодичності?		
Чи проводиться аналіз результатів діяльності фахівця з ПЗ на основі наданої звітності?		
Чи робляться висновки з цього аналізу щодо вдосконалення процесів надання ПД в ЗОЗ?		
Чи приймаються відповідні управлінські рішення на основі отриманих висновків?		
Чи переглядаються форми звітності та граничні значення показників за результатами аналізу діяльності фахівця з ПЗ (циклу моніторингу)?		
Чи проводиться оцінка рівня задоволеності пацієнтів / клієнтів отриманими послугами ПД?		
Чи приймаються управлінські рішення щодо підвищення рівня задоволеності серед пацієнтів / клієнтів отриманими послугами ПД?		

## 5.3. Ролі та відповідальність персоналу

Ефективна організація психологічної допомоги в закладі охорони здоров'я потребує чіткого розподілу ролей і відповідальностей. Узгоджені функції забезпечують безперервність допомоги, зменшують ризики дублювання та підтримують взаємодію між підрозділами.

### **Адміністрація закладу**

Несе стратегічну відповідальність за розвиток психологічної допомоги: ухвалює управлінські рішення, затверджує організаційні документи, забезпечує ресурси, визначає пріоритети й контролює якість надання послуг. Адміністрація також призначає відповідальну особу, яка координує процес упровадження та подальшого розвитку служби.

### **Координатор психологічної служби**

Організовує роботу служби та забезпечує зв'язок між адміністрацією, клінічними підрозділами й фахівцями із психічного здоров'я.

Відповідає за планування та розподіл навантаження між фахівцями; упровадження внутрішніх процедур і стандартів роботи; моніторинг ключових показників і підготовку звітності; забезпечення супервізійної підтримки та професійного розвитку команди; контроль дотримання етичних норм і безпеки пацієнтів. Координатор є ключовою особою, що гарантує узгодженість процесів і сталу роботу психологічної служби.

### **Фахівці із психічного здоров'я**

Здійснюють оцінку стану пацієнта, надають індивідуальні, групові або кризові втручання, ведуть документацію, забезпечують конфіденційність і працюють у тісному співробітництві з медичним персоналом. До їхніх обов'язків входить участь у супервізіях, інтервізіях та безперервному професійному розвитку, а також дотримання етичних стандартів і правил внутрішньої взаємодії.

### **Клінічні підрозділи та лікарі**

Визначають клінічні потреби пацієнтів, сприяють ранньому виявленню випадків, що потребують психологічної підтримки, та забезпечують перенаправлення до фахівців із психічного здоров'я. Лікарі беруть участь у формуванні маршрутів пацієнта, надають важливу інформацію для комплексної оцінки та підтримують міждисциплінарну взаємодію.

### **Медичні сестри та молодший персонал**

Є важливою ланкою первинного виявлення психологічних і емоційних труднощів. Вони першими помічають зміни в поведінці та стані пацієнтів, інформують лікаря або фахівця із психічного здоров'я, надають базову підтримку та сприяють дотриманню маршруту пацієнта.

### **Партнери та зовнішні фахівці (за потреби)**

Можуть долучатись до супервізій, тренінгів, консультацій або розширення міжсекторальної взаємодії, посилюючи комплексність і доступність психологічної підтримки пацієнтів.

## **RACI-матриця ролей у впровадженні психологічної допомоги**

Чіткий розподіл ролей і відповідальностей є ключовою умовою успішного впровадження психологічної допомоги в закладі охорони здоров'я. RACI-матриця дає можливість узгодити, хто саме виконує

конкретні завдання, хто несе відповідальність за прийняття рішень, хто залучається до консультацій, а хто має бути поінформований. Такий підхід допомагає уникнути дублювання функцій, забезпечує прозорість процесів і підтримує ефективну взаємодію між підрозділами.

#### Пояснення позначень

**R – Responsible (виконує)** – роль, що здійснює роботу.

**A – Accountable (відповідає)** – роль, що ухвалює остаточні рішення та несе відповідальність.

**C – Consulted (консультує)** – залучається для експертизи.

**I – Informed (поінформований)** – отримує інформацію про процес і результати.

**Таблиця 25. Розподіл ключових ролей у впровадженні психологічної допомоги в 303**

ПРОЦЕСИ / РОЛІ	Адміністрація	Координатор психологічної служби	Клінічні підрозділи / лікарі	Фахівці із психічного здоров'я	Медсестри / молодший персонал	Партнери / зовнішні фахівці
1. Планування впровадження послуги	A	R	C	C	I	C
2. Розробка внутрішніх документів	A	R	C	C	I	C
3. Визначення кадрових потреб	A	R	C	C	I	C
4. Виявлення пацієнтів, які потребують підтримки	I	C	A/R	R	R	—
5. Надання психологічних утручань	I	C	C	A/R	C	C
6. Документування та звітність	I	A	I	R	I	—
7. Супервізія та інтервізія	I	A	—	R	—	C
8. Розвиток міжсекторальної взаємодії	A	R	I	C	I	C/R
9. Кризові втручання / термінові консультації	I	C	R	A/R	R	C
10. Підвищення кваліфікації персоналу	A	R	I	R	I	C
11. Оновлення протоколів і процедур	A	R	C	C	I	C

RACI-матриця може адаптуватися відповідно до особливостей закладу, його структури та ресурсів. Важливо, щоб її регулярно переглядали й оновлювали в разі зміни кадрового складу, процедур чи організаційних пріоритетів. Це дає змогу підтримувати узгодженість роботи та забезпечує сталу інтеграцію психологічної допомоги в щоденну діяльність закладу.

## ДОДАТКИ

### Перелік психосоціальних послуг із надання психосоціальної допомоги<sup>1</sup>, затверджений наказом МОЗ «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню» від 13.12.23 № 2118

1. Індивідуальне та групове психологічне консультування, зокрема й кризове психологічне консультування, а також консультування з використанням елементів самодопомоги «рівний — рівному», групова психологічна робота.
2. Діагностика психологічного стану особи із застосуванням валідних методів психологічної допомоги.
3. Надання першої психологічної допомоги особі та членам її сім'ї, включаючи невідкладну психологічну допомогу.
4. Психологічні втручання низької інтенсивності.
5. Підтримка та відновлення функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній і духовній сферах.
6. Психотерапія депресивних, тривожних, адаптаційних, гострих стресових і посттравматичних стресових розладів, які виникли внаслідок хвороби / травми, участі в бойових діях, надзвичайних ситуацій, полону, перебування в місцях позбавлення волі.
7. Допомога особі у встановленні життєвих цілей і підтримки досягнутого прогресу реабілітації після закінчення реабілітаційного процесу.
8. Психотерапія психічних і поведінкових розладів та станів, які виникли внаслідок хвороби / травми, зокрема в бойових діях, надзвичайних ситуацій, полону, відбування покарання.
9. Психоедукація та підтримка особи і членів її сім'ї.
10. Психологічне консультування та психотерапія членів сім'ї особи, націлена на втому від співчуття й емоційне вигорання (сімейна терапія), а також на запобігання та полегшення фізичних, психологічних, духовних страждань особи під час надання паліативної допомоги.
11. Допомога особам, які доглядають за пацієнтами, що потребують паліативної допомоги.
12. Робота з членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди щодо психологічної підтримки особи та членів її сім'ї.
13. Робота з медичними працівниками закладів охорони здоров'я під час надання паліативної допомоги пацієнтам щодо психологічної підтримки

<sup>1</sup> Перелік психосоціальних послуг з надання психосоціальної допомоги: Наказ МОЗ України від 13.12.2023 № 2118. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0127-24#Text>

## Короткий перелік основних заходів і можливих індикаторів для моніторингу їх виконання відповідно до Керівництва з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації (IASC)

КЛЮЧОВІ ЗАХОДИ	Дії	ПРИКЛАДИ ІНДИКАТОРІВ ПРОЦЕСУ
<p><b>Включити в загальну охорону здоров'я конкретні психологічні й соціальні аспекти</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Створити рівну, належну й доступну медичну допомогу, що відповідає вимогам Мінімальних стандартів проекту SPHERE з охорони здоров'я та передбачає зокрема:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– розташування нових центрів послуг на відстані безпечної пішої дистанції для членів громади</li> <li>– захист і підтримку права пацієнтів на інформовану згоду, приватність, конфіденційність інформації щодо стану здоров'я пацієнтів</li> </ul> </li> <li>• Використовувати тільки ті основні медикаменти, які передбачені Стандартним переліком основних лікарських засобів ВООЗ, і доступні в регіоні непатентовані ліки (дженерики)</li> <li>• Повідомляти постраждалому населенню важливу інформацію щодо охорони здоров'я, пов'язану з надзвичайною ситуацією</li> <li>• Надавати свідоцтва про народження і смерть (за потреби)</li> <li>• Сприяти перенаправленню до ключових ресурсів за межами системи охорони здоров'я, зокрема до:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– місцевих соціальних послуг, механізмів підтримки й захисту в громаді</li> <li>– юридичної та/або судової підтримки тих, хто постраждав від порушення прав людини, коли це можливо і доречно</li> <li>– агентства пошуку людей для тих, хто не може знайти зниклих родичів</li> </ul> </li> <li>• Інформувати працівників і персонал з ПЗ щодо психологічного компонента невідкладної медичної допомоги, зокрема щодо:</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Медичні працівники знають, як захистити і сприяти дотриманню прав пацієнта на збереження гідності через інформовану згоду, конфіденційність і приватність</li> <li>2. Медичні працівники здатні надати своїм пацієнтам першу психологічну допомогу як невід'ємну частину догляду</li> <li>3. Медичні працівники проводять відповідні перенаправлення:               <ol style="list-style-type: none"> <li>а) на отримання послуг суспільної підтримки за межами системи охорони здоров'я</li> <li>б) до навчених працівників громади, які перебувають під клінічним контролем (помічників, психоаналітиків), що працюють у медичних закладах (за наявності)</li> <li>в) до підзвітного клінічного персоналу, який пройшов підготовку та супервізію з клінічного лікування проблем із ПЗ</li> </ol> </li> </ol>

- важливості лікування постраждалих з урахуванням захисту їхньої гідності
- впливу надзвичайної ситуації на ПЗ та психосоціальну підтримку
- ключових висновків, зроблених на основі оцінювання стану ПЗ та психосоціальної підтримки на місцях
- уникнення недоречного патологізування або медикалізації
- доступних у регіоні послуг із ПЗ, що дають змогу здійснювати перенаправлення осіб із тяжкими психічними розладами
- доступної в регіоні соціальної підтримки та механізмів, які сприяють належному перенаправленню

- Надавати пацієнтам зрозумілу і точну інформацію щодо стану їхнього здоров'я та відповідних послуг, таких як пошук родичів. Щодо спілкування важливими є:

- уміння уважно слухати
- базові знання про те, як співчутливо повідомляти погані новини
- базові знання про те, як співчутливо повідомляти погані новини тим, хто має суїцидальні нахили, психопатичним чи замкненим пацієнтам
- базові знання про те, як реагувати на розповідь про дуже особисті чи емоційні події, такі як сексуальне насильство

- Підтримувати вирішення проблем інших людей, допомагаючи їм визначити їхні проблеми, зокрема й через групове обговорення методів копіngu, визначаючи варіанти й оцінюючи користь і наслідки запропонованих варіантів

- Важливо володіти базовими техніками управління стресом, зокрема традиційними техніками релаксації, та застосовувати нефармакологічне лікування і перенаправлення соматичних скарг без медичного пояснення після виключення фізичних причин

- Зробити психологічну підтримку доступною для людей, які пережили надзвичайно тяжкі стрес-фактори:
  - більшість людей, які страждають від гострого психічного дистресу, після впливу надзвичайно стресової події найкраще підтримувати, не застосовуючи лікарські засоби. Усі медичні представники мають уміти надати базову першу психологічну допомогу, щоб упоратися з переживаннями людини в гуманний і співчутливий спосіб. Перша психологічна допомога суттєво відрізняється від психологічного дебрифінгу, тому що необов'язково передбачає обговорення події, яка викликала дистрес
  - у деяких випадках, коли тяжкий гострий дистрес обмежує базове функціонування, виникає потреба в клінічному лікуванні
  - у процесі клінічного лікування гострого дистресу існує тенденція до зловживання призначенням бензодіазепінів у більшості невідкладних випадків. Проте цей препарат доцільно призначати на дуже короткий термін у випадках конкретних клінічних проблем (наприклад, тяжкого безсоння)
  - у випадку нетяжких розладів (наприклад, життєдіяльність особи не порушена, і вона здатна витримати страждання) людина має отримати відповідну турботу як частину більш комплексного реагування. Де доречно, підтримку в таких випадках можуть надавати підготовлені працівники сфери охорони здоров'я під клінічним наглядом (наприклад, соціальні працівники, психоаналітики), що працюють у закладах охорони здоров'я
- Збирати дані щодо психічного здоров'я в центрах ПМД:
  - працівники всіх центрів ПМД мають вести записи проблем із психічним здоров'ям, використовуючи прості та зрозумілі категорії

**Забезпечувати доступ до послуг з охорони здоров'я особам із тяжкими психічними розладами**

- Знайти людей із тяжкими психічними розладами та оцінити їхню потребу в допомозі
- Забезпечити необхідну кількість основних психіатричних медикаментів у закладах ПМД:
  - у мінімальний набір входять: один загальний нейролептичний препарат, один протипаркінсонічний препарат (для лікування потенційних екстрапірамідальних побічних ефектів), один протисудомний протиепілептичний препарат, один антидепресант і седативний препарат (для використання при тяжкому зловживанні психоактивними речовинами та при конвульсіях)
- Забезпечити присутність хоча б одного члена команди ПМД, який міг би надавати послуги з охорони ПЗ на передовій, наприклад шляхом включення до урядових або НУО команд ПМД національних або міжнародних фахівців з охорони ПЗ:
  - підготувати місцевий персонал ПМД щодо інтеграції аспектів ПЗ та обґрунтованого використання психотропних речовин у нормальній практиці
  - підготувати одного члена місцевого медичного персоналу (лікаря або медичну сестру) для забезпечення постійної допомоги з ПЗ
- Підготувати і забезпечити супервізію (нагляд) наявному персоналу ПМД з надання первинної допомоги людям із тяжкими психічними розладами
- Уникати перевантаження медичних працівників різними тренінгами:
  - слухачі мають застосувати тренінг із питань ПЗ в щоденній роботі так, щоб вони могли надавати послуги з ПЗ
  - людям, що навчаються, не варто надавати тренінги з різних галузей знань (наприклад, психічне здоров'я, туберкульоз, малярія, ВІЛ) без планування інтеграції та використання цих навичок

1. Кількість підготовлених працівників ПМД, які перебувають під наглядом (супервізією), кількість навчальних годин, кількість супервізійних сесій на робочому місці
2. Основні психотропні медикаменти в кожній із терапевтичних категорій (нейролептик, протипаркінсонічний препарат, антидепресант, анксиолітичний, протиепілептичний препарати) закуплені, стійка логістика забезпечення встановлена
3. Кількість і тип проблем із психічним здоров'ям, які спостерігаються в закладах ПМД та в інших службах із надання послуг із ПЗ
4. Кількість перенаправлень до спеціалізованих центрів із ПЗ

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– теоретичні короткі курси неефективні й можуть призводити до шкідливих інтервенцій</li> <li>– після тренінгу завжди необхідна широка практика із супервізією</li> <li>• Забезпечити надання допомоги з ПЗ на додаткових обґрунтованих пунктах доступу: <ul style="list-style-type: none"> <li>– мобільні центри ПМД або громадські групи з питань ПЗ можуть бути ефективними в наданні невідкладної допомоги в різних точках на місцевості</li> </ul> </li> <li>• Намагатись уникати створення паралельних служб із ПЗ, які займаються конкретними діагнозами (наприклад, ПТСР) чи особливими групами (наприклад, вдовами)</li> <li>• Інформувати населення про доступність послуг із психічного здоров'я: <ul style="list-style-type: none"> <li>– просувати їх у відповідних інформаційних джерелах</li> <li>– забезпечити, щоб усі повідомлення були тактовні й щоб вони не спонукали людей розглядати нормальну поведінку й реакцію на стрес як показники гострого психічного розладу</li> <li>– проінформувати лідерів громади та місцеву поліцію про наявність послуг із ПЗ</li> </ul> </li> <li>• Співпрацювати зі структурами місцевої громади для того, щоб виявити, провідати й допомогти особам із тяжкими психічними розладами</li> </ul>	
<p><b>Захищати і піклуватись про осіб із тяжкими психічними розладами й іншими психічними та неврологічними формами інвалідності, що перебувають у закладах</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Визначити принаймні одну організацію, що працює у сфері охорони здоров'я, яка на цей час візьме на себе відповідальність за турботу і захист людей у психіатричних закладах</li> <li>• Якщо персонал залишив психіатричні заклади, провести мобілізацію людських ресурсів із громади і системи охорони здоров'я для забезпечення догляду особам із тяжкими психічними розладами, які залишились на самоті</li> <li>• Забезпечити послуги базової медицини та психіатричної допомоги під час надзвичайної ситуації:</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Постійна увага до базових потреб людей у психіатричних закладах</li> <li>2. Люди в психіатричних закладах постійно отримують базові послуги з охорони здоров'я та допомогу з ПЗ</li> <li>3. У психіатричних закладах забезпечений контроль за правами людини і їх дотриманням</li> <li>4. Розроблені належні плани евакуації та дій у надзвичайних ситуаціях</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– проводити регулярні медичні (фізичні та психіатричні) огляди</li> <li>– забезпечити лікування фізичних розладів</li> <li>– надавати тривалий базовий нагляд із психічного здоров'я та забезпечити наявність необхідних медичних препаратів, зокрема і психотропних, у достатній кількості під час усього періоду надзвичайної ситуації, оскільки раптове переривання лікування психотропними засобами може бути шкідливим і небезпечним</li> <li>– забезпечити надійне зберігання медикаментів</li> <li>– сприяти наявності психосоціальної підтримки</li> <li>– встановити процедуру щодо періодичності перевірок, годування, лікування та проведення регулярної оцінки потреби в ізоляції</li> </ul>	
<p><b>Дізнатись про місцеві, корінні й народні системи зцілення і, за доцільності, співпрацювати з ними</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Провести оцінювання та визначити ключові місцеві системи зцілення та їх важливість, сприйняття і роль у громаді: <ul style="list-style-type: none"> <li>– демонструвати неупереджений і шанобливий підхід та розуміння місцевих релігійних і духовних вірувань. Надзвичайні ситуації ніколи не можна використовувати для просування будь-яких релігійних або духовних вчень</li> </ul> </li> <li>• Дізнатись про національну політику щодо народних цілителів</li> <li>• Налагодити порозуміння з виявленими цілителями</li> <li>• Заохочувати участь місцевих цілителів в обміні інформацією і тренінгах та, за можливості, організувати спільне надання послуг</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проведені оцінювання ключових місцевих систем зцілення, інформація направлена до відповідних органів із координування допомоги</li> <li>2. Неалопатичним цілителям надали роль у навчальних семінарах із питань ПЗ (у певних випадках у місцевому контексті)</li> <li>3. Показник неалопатичних цілителів, які відвідують навчальні семінари з питань ПЗ</li> </ol>
<p><b>Мінімізувати шкоду від уживання алкоголю або інших психоактивних речовин</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Провести швидке оцінювання та, зокрема, виявити: <ul style="list-style-type: none"> <li>– які психоактивні речовини зазвичай використовують і яка шкода пов'язана з їх уживанням</li> <li>– які чинники провокують або обмежують цю шкоду</li> <li>– ступінь шкоди, завданої надзвичайною ситуацією щодо постачання, обладнання та інтервенцій</li> </ul> </li> <li>• Регулярно моніторити ситуацію</li> <li>• Надавати результати оцінювань відповідним координаційним групам</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проведено оцінювання шкоди, пов'язаної з уживанням алкоголю та інших психоактивних речовин</li> <li>2. Презервативи постійно доступні в районах, де збираються люди, що страждають від надмірного вживання алкоголю та інших психоактивних речовин</li> <li>3. Прогнозована кількість медичних працівників, що вміють проводити короткотермінові інтервенції у випадках надмірного вживання алкоголю та інших психоактивних речовин</li> </ol>

- Обмежити вживання шкідливих алкогольних напоїв та інших психоактивних речовин, запобігати залежності
- Навчати та надавати супервізії медичним працівникам, учителям, соцпрацівникам та іншим ресурсам у сферах щодо:
  - раннього виявлення і так званих коротких інтервенцій задля визначення та мотивації людей із групи ризику щодо шкідливого вживання або залежності, щоб зменшити шкоду від вживання алкоголю й інших психоактивних речовин
  - немедичних підходів до лікування гострого дистресу
- Навчати та надавати супервізії працівникам сфери охорони здоров'я:
  - стежити за раціональним призначенням бензодіазепінів і (де це можливо й доступно) сприяти застосуванню альтернативного лікування, що не викликає звикання
  - займатись виявленням небезпечного, шкідливого і такого, що викликає залежність
  - виявляти, надавати допомогу й перенаправляти осіб із тяжкими психічними розладами, які перебувають у зоні підвищеного ризику вживання алкоголю й інших психоактивних речовин
- Сприяти інтервенціям щодо зменшення шкоди в громадах
- Управляти абстиненцією та іншими гострими синдромами

# Положення про психологічну службу в ЗОЗ

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Наказ №\_\_\_\_ від «\_\_\_»\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Директор КНП «Найкраща лікарня» \_\_\_\_\_

(підпис)

Печатка

## **ПОЛОЖЕННЯ про психологічну службу Комунального некомерційного підприємства «Найкраща лікарня»**

**1.1.** Це Положення визначає організаційні засади діяльності психологічної служби Комунального некомерційного підприємства «Найкраща лікарня» м. Н (далі — ЗОЗ), порядок її функціонування, завдання, функції, організаційну структуру, кадровий склад, матеріально-технічне забезпечення та особливості організації робочих процесів.

**1.2.** Психологічна служба — це система організації діяльності фахівців із психічного здоров'я в межах ЗОЗ, яка забезпечує психологічну та психосоціальну допомогу, інтегровану в клінічні процеси.

**1.3.** Психологічна служба не є окремим структурним підрозділом ЗОЗ. Вона функціонує як інтегрована служба, що об'єднує фахівців із психічного здоров'я, які працюють у різних підрозділах ЗОЗ (стаціонарі, амбулаторії, реабілітаційних підрозділах, приймальному відділенні, паліативній допомозі тощо) і ведуть діяльність за єдиними стандартами, алгоритмами та вимогами цього Положення.

**1.4.** Психологічна служба у своїй діяльності керується чинним законодавством України, нормативно-правовими актами МОЗ України, включно з Типовим положенням про Центр психічного здоров'я в закладі охорони здоров'я, затвердженим наказом МОЗ України від 25.10.2024 № 1796, наказом МОЗ України від 13.12.2023 № 2118 «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню», а також внутрішніми наказами та локальними документами ЗОЗ.

**1.5.** Загальне керівництво службою здійснює координатор психологічної служби (старший психолог), який підпорядковується медичному директору або заступнику медичного директора відповідно до структури управління ЗОЗ.

## **2. Мета діяльності психологічної служби**

**2.1.** Забезпечення доступної, якісної, комплексної та безперервної психологічної та психосоціальної допомоги пацієнтам, спрямованої на підтримку й відновлення психічного здоров'я, покращення функціонування, підвищення стресостійкості та забезпечення безпеки пацієнта.

**2.2.** Інтеграція психологічних і психосоціальних втручань у загальний процес медичної допомоги, реабілітації й соціальної підтримки, а також реалізація галузевих стандартів, маршрутів пацієнтів і рекомендацій МОЗ України.

## **3. Завдання психологічної служби**

Психологічна служба ЗОЗ виконує такі завдання:

**3.1.** Планування та організація діяльності у сфері психологічної та психосоціальної допомоги відповідно до законодавства та нормативно-правових актів МОЗ.

- 3.2.** Організація надання психосоціальної допомоги первинного та/або вторинного рівня в амбулаторних і стаціонарних умовах.
- 3.3.** Проведення психологічної оцінки стану пацієнтів, визначення потреб і планування відповідних втручань.
- 3.4.** Забезпечення індивідуальних, групових, кризових і психоедукаційних втручань у межах компетенції фахівців із психічного здоров'я.
- 3.5.** Взаємодія з лікарями та іншими фахівцями ЗОЗ, участь у роботі мультидисциплінарних команд.
- 3.6.** Виявлення випадків, що потребують залучення лікаря-психіатра, та ініціювання відповідного направлення на психіатричну консультацію.
- 3.7.** Супровід пацієнтів, які отримують психіатричну допомогу від лікаря-психіатра, у частині психологічної та психосоціальної підтримки (без здійснення медичного лікування).
- 3.8.** Забезпечення взаємодії з родинами пацієнтів (за їхньою згодою) для покращення результатів лікування та підвищення безпеки пацієнта.
- 3.9.** Надавання психологічної підтримки медичному персоналу в умовах професійного стресу, емоційного виснаження або критичних інцидентів.
- 3.10.** Забезпечення інформування пацієнтів щодо доступних соціальних, реабілітаційних та інших супутніх послуг і сприяння їх маршрутизації.
- 3.11.** Ведення медичної, статистичної та звітної документації у МІС і ЕСОЗ відповідно до затверджених вимог.
- 3.12.** Забезпечення дотримання принципів конфіденційності, прав пацієнтів, професійної етики та стандартів якості.

#### **4. Функції психологічної служби**

Психологічна служба ЗОЗ виконує такі функції:

- 4.1.** Надає психосоціальну допомогу первинного та/або вторинного рівня у стаціонарних та амбулаторних умовах відповідно до Переліку психосоціальних послуг, затвердженого наказом МОЗ України від 13.12.2023 № 2118 «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню».
- 4.2.** Надає індивідуальні та групові психологічні консультації, кризові втручання, психоедукаційні та стабілізаційні заходи відповідно до компетенції фахівців.
- 4.3.** Використовує валідні методи психологічної діагностики для оцінки стану пацієнта, планування втручань і моніторингу динаміки.
- 4.4.** Працює в складі мультидисциплінарних команд, бере участь у розробці індивідуальних планів допомоги та реабілітації пацієнтів.
- 4.5.** Ініціює залучення лікаря-психіатра у випадках, коли стан пацієнта потребує клінічної оцінки або медичного лікування; здійснює взаємодію із психіатром для забезпечення безперервності допомоги.

**4.6.** Забезпечує психологічний і психосоціальний супровід пацієнтів, які проходять психіатричне лікування (без призначення або контролю лікарських засобів).

**4.7.** Здійснює психоедукацію пацієнтів, членів їхніх родин і медичного персоналу щодо питань психічного здоров'я.

**4.8.** Забезпечує промоцію та популяризацію важливості психічного здоров'я у межах ЗОЗ.

**4.9.** Надає психологічну підтримку медичному персоналу у випадках емоційного навантаження чи стресових подій.

**4.10.** Організовує взаємодію із соціальними службами, підрозділами підтримки ветеранів, суб'єктами у сфері запобігання домашньому насильству та іншими партнерами.

**4.11.** Інформує пацієнтів про можливості отримання соціальних, реабілітаційних і супутніх послуг, сприяє їх маршрутизації.

**4.12.** Аналізує якісні й кількісні показники діяльності служби та подає пропозиції щодо покращення організації роботи.

**4.13.** Забезпечує дотримання етичних норм, прав пацієнтів; здійснює розгляд звернень і скарг у межах компетенції. Фахівці служби працюють відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» та політики конфіденційності ЗОЗ.

## **5. Організаційна структура психологічної служби**

**5.1.** Психологічна служба функціонує як інтегрована служба, що об'єднує фахівців із психічного здоров'я, які працюють у різних підрозділах ЗОЗ, але діють відповідно до цього Положення та під координацією старшого психолога (координатора психологічної служби).

**5.2.** До складу психологічної служби можуть входити (за наявності відповідних посад у штатному розписі):

- психологи;
- клінічні психологи;
- лікарі-психологи;
- фахівці, які мають право застосовувати методи психотерапії відповідно до переліку МОЗ України;
- лікарі-психотерапевти (за наявності);
- фахівці із соціальної роботи;
- капелани;
- фахівці із супроводу ветеранів.

**Лікарі-психіатри та дитячі психіатри не входять до складу психологічної служби, але можуть залучатись до роботи мультидисциплінарної команди та співпрацювати зі службою в межах клінічних процесів.**

**5.3.** Структурні підрозділи ЗОЗ, у яких працюють фахівці психологічної служби, забезпечують їх інтеграцію в лікувально-діагностичний, реабілітаційний і психосоціальний процеси.

**5.4.** Організаційне, методичне та функціональне керівництво діяльністю психологічної служби здійснює координатор психологічної служби (старший психолог). Права та обов'язки координатора визначаються окремою посадовою інструкцією.

**5.5.** Психологічна служба веде свою діяльність відповідно до локальних документів ЗОЗ, зокрема затверджених алгоритмів, інструкцій, маршрутів пацієнтів, стандартів взаємодії між підрозділами та форм звітності.

## **6. Матеріально-технічне забезпечення психологічної служби**

**6.1.** Для належного функціонування психологічної служби ЗОЗ забезпечує:

- кабінети для індивідуальної та групової психологічної роботи;
- приміщення для засідань мультидисциплінарної команди;
- робочі місця фахівців служби у відповідних підрозділах;
- засоби комунікації та технічне обладнання, необхідні для надання послуг;
- стандартизовані та валідні інструменти для психологічної діагностики;
- доступ до ЕСОЗ, медичної інформаційної системи ЗОЗ (МІС) та іншого необхідного програмного забезпечення;
- за наявності мобільної мультидисциплінарної команди в структурі ЗОЗ — технічне забезпечення роботи мобільної мультидисциплінарної команди.

**6.2.** Матеріально-технічне забезпечення психологічної служби має відповідати вимогам МОЗ України, галузевим стандартам і внутрішнім нормативним документам ЗОЗ, забезпечувати належні умови для надання якісної психологічної та психосоціальної допомоги.

## **7. Організація робочих процесів**

**7.1.** Діяльність психологічної служби здійснюється відповідно до маршрутів пацієнтів, затверджених у ЗОЗ, галузевих стандартів МОЗ України, наказу МОЗ № 2118 та локальних протоколів ЗОЗ.

**7.2.** Психологічна служба забезпечує:

- взаємодію з лікуючими лікарями та іншими фахівцями ЗОЗ;
- участь у роботі мультидисциплінарних команд;
- реагування на кризові ситуації, включно з гострими стресовими станами;
- надання планової та ургентної психологічної і психосоціальної підтримки;
- ведення медичної, статистичної та звітної документації в МІС і ЕСОЗ;
- участь у супервізійній та інтервізійній роботі;
- участь у внутрішніх аудитах якості, аналізі випадків і впровадженні заходів покращення якості.

**7.3. Фахівці психологічної служби зобов'язані дотримуватись принципів медичної етики, професійних стандартів, конфіденційності, недискримінації та захисту персональних даних пацієнтів.**

**7.4.** У ЗОЗ розробляються та затверджуються локальні алгоритми:

- реагування на випадки домашнього насильства та насильства за ознакою статі;

- взаємодії із соціальними службами та іншими суб'єктами надання соціальних послуг;
- дій у разі виявлення високого ризику суїцидальної поведінки;
- маршрутизації ветеранів, військовослужбовців і поранених;
- залучення лікаря-психіатра та інших фахівців у разі потреби.

## 8. Прикінцеві положення

**8.1.** Положення набирає чинності з моменту його затвердження наказом керівника ЗОЗ.

**8.2.** Положення підлягає перегляду не рідше одного разу на три роки або раніше — у разі внесення змін до законодавства чи за рішенням керівника ЗОЗ.

**8.3.** Внесення змін до Положення здійснюється на підставі наказу керівника ЗОЗ.

**8.4.** Контроль за виконанням цього Положення покладається на медичного директора ЗОЗ.

## Рекомендовані форми первинної документації та звітності психолога

I. У підрозділі 3.8 розглянуто обов'язкові для заповнення фахівцем із ПЗ, який працює в системі ОЗ, форми первинної медичної документації. Нижче наведені посилання на ці форми та інструкції щодо їх заповнення згідно з наказом МОЗ від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення».

### **Медична карта амбулаторного хворого №\_\_ (форма № 025/о)<sup>2</sup>**

(розділ VIII. «Щоденник»)

За потреби фахівець із ПЗ додає копії протоколів консультацій, досліджень, анкет, тестів.

### **Медична карта стаціонарного хворого №\_\_ (форма № 003/о)<sup>3</sup>**

(пункт 44. Листок огляду та консультацій спеціалістами)

### **Консультативний висновок спеціаліста (форма № 028/о)<sup>4</sup>**

Заповнює лікар-консультант, вклеюється в медичну карту амбулаторного хворого (форма № 025/о) чи медичну карту стаціонарного хворого (форма № 003/о).

<sup>2</sup> Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №\_\_»: Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110: станом на 1 квіт. 2022 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0669-12#Text>

<sup>3</sup> Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого №\_\_»: Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110: станом на 12 квіт. 2016 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0662-12#Text>

<sup>4</sup> Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 028/о «Консультативний висновок спеціаліста»: Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110: станом на 13 берез. 2020 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0683-12#Text>

## Журнал реєстрації амбулаторних пацієнтів (форма № 074/о)<sup>5</sup>

Ця форма **не ведеться** тими ЗОЗ, які вносять медичні записи до Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в ЕСОЗ.

## Результати обговорень мультидисциплінарної реабілітаційної команди стосовно особи, яка потребує реабілітації (форма № 044-1)<sup>6</sup>

Заповнює та підписує зокрема психолог / психотерапевт для кожної особи, яка потребує реабілітації, після проведення первинного, етапного та заключного реабілітаційного обстеження.

II. У підрозділі 3.8 наведено перелік рекомендованих форм облікової документації для фахівця ПЗ. Такі форми затверджуються наказами ЗОЗ та покликані:

- допомогти фахівцю з ПЗ структурувати власну роботу;
- створити умови для інтеграції даних в електронні системи (ЕСОЗ, МІС);
- сприяти підвищенню якості медичних записів;
- стати джерелом даних для звітності та прийняття на її основі управлінських рішень.

Нижче наведені приклади деяких рекомендованих форм і їх заповнення.

### 1. Протокол психологічної консультації

Психолог оформлює протокол після кожної консультації, незалежно від її формату (індивідуальна сесія, групова робота, сімейна зустріч, очна чи дистанційна взаємодія). Запис може бути зроблений на паперовому носії або в електронній системі з дотриманням принципів конфіденційності та професійної етики. Протокол не повинен бути надмірно деталізованим, оскільки основне його завдання — відтворити логіку процесу. Необхідно коротко зазначити, що стало предметом звернення, у якому контексті відбулася зустріч, якими були основні спостереження та які методи застосовано. Опис повинен бути позбавленим оцінок чи емоційних характеристик, які могли б змінити зміст або створити упередження.

#### Приклад форми протоколу психологічної консультації або сесії

РОЗДІЛ	ЗМІСТ
1. Дата, місце, ПІБ фахівця з ПЗ	Дата, місце, форма роботи, формат консультації (очно чи онлайн), ПІБ фахівця з ПЗ, підрозділ, у якому проводилася зустріч
2. Ідентифікатор клієнта	Шифр клієнта без персональних даних, вік, стать, за потреби — коротка позначка контингенту («військовослужбовець», «працівник освітньої сфери», «підліток»)

<sup>5</sup> Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 074/о «Журнал реєстрації амбулаторних пацієнтів»: Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110: станом на 13 берез. 2020 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0694-12#Text>

<sup>6</sup> Форма первинної облікової документації № 044-1 «Результати обговорень мультидисциплінарної реабілітаційної команди стосовно особи, яка потребує реабілітації» та Інструкція щодо її заповнення: Наказ МОЗ України від 17.05.2023 № 915: станом на 13 черв. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1161-23#Text>

<b>3. Запит клієнта</b>	Зміст запиту клієнта в нейтральних термінах, поточний психологічний стан без діагностичних припущень і надмірної деталізації <i>«Клієнт повідомляє про часті відчуття напруги, порушення сну, зниження мотивації»</i>
<b>4. Короткі спостереження</b>	Поведінкові реакції клієнта, невербальні прояви, динаміка емоційного стану, контактність, когнітивна активність, залученість у процес Формулюйте спостереження через дії, а не через тлумачення: <i>«Під час розмови часто напружує руки, відводить погляд при згадці про роботу, дихає поверхнево»</i>
<b>5. Використані методи</b>	Стандартизовані методики (наприклад, HADS, Шкала самооцінки Бека тощо), методи і техніки, використані під час консультації (наприклад, коротка психоосвіта, елементи КПТ, вправи на стабілізацію, релаксацію чи роботу з тілесними відчуттями) <i>«Застосовано техніку дихання “4–7–8” для зниження фізіологічного напруження»</i>
<b>6. Висновки фахівця з ПЗ</b>	Короткі висновки психолога із загальною оцінкою стану, динамікою в порівнянні з попередніми зустрічами та гіпотезами, ступінь готовності клієнта до подальшої роботи <i>«Емоційний фон стабілізується, клієнт виявляє більшу впевненість у власних рішеннях, знижується рівень тривожності»</i>
<b>7. Рекомендації</b>	Пропозиції (конкретні, визначені в часі, реалістичні, відповідно до можливостей клієнта), що відображають план подальшої допомоги: частота зустрічей, напрями терапії, перенаправлення до лікаря <i>«Рекомендовано продовжити зустрічі один раз на тиждень протягом місяця; практикувати щоденні дихальні вправи; обговорити з лікарем можливість короткої відпустки»</i>
<b>8. Підпис фахівця з ПЗ</b>	Прізвище та ініціали фахівця з ПЗ, дата або електронний підпис чи службовий ідентифікатор користувача МІС

## 2. Протокол психодіагностичного обстеження

За протоколами психодіагностичного спостереження можна простежити, як змінювалась методика роботи з клієнтом, які підходи використовувались, які з них були більш результативними. У системній практиці такі дані стають основою для внутрішнього моніторингу якості послуг із ПЗ та узагальнення досвіду у звітах, публікаціях, методичних рекомендаціях. Психодіагностичні матеріали (тестові бланки, відповіді) зберігаються окремо від протоколів у спеціальній теці або сейфі.

### Приклад форми протоколу психодіагностичного обстеження

<b>РОЗДІЛ</b>	<b>ЗМІСТ</b>
<b>1. Дата, місце, ПІБ фахівця з ПЗ</b>	Дата, місце, форма роботи, формат консультації (очно чи онлайн), ПІБ фахівця з ПЗ, підрозділ, у якому проводилася зустріч
<b>2. Ідентифікатор клієнта</b>	Шифр клієнта без персональних даних, вік, стать, за потреби — коротка позначка контингенту («військовослужбовець», «працівник освітньої сфери», «підліток»)
<b>3. Мета обстеження</b>	Короткий опис мети обстеження для розуміння контексту. Наприклад: «оцінка когнітивних функцій після черепно-мозкової травми» або «визначення рівня емоційного виснаження в працівників підвищеного ризику»

<b>4. Використані методики</b>	Назви тестів або авторські опитувальники (наприклад: «HADS – для оцінки рівня тривожності та депресії», «Шкала Люшера – для аналізу емоційного стану», «WAIS-IV – для дослідження інтелектуальних функцій»), комбіноване обстеження (тести + спостереження + бесіда)
<b>5. Короткі результати</b>	Інтерпретація результатів у межах психологічної компетенції «Тривожність помірно підвищена, емоційна стабільність знижена, схильність до соматизації» «Пам'ять збережена, увага коливається»
<b>6. Інтерпретація</b>	Пояснення значення результатів у контексті запиту (без оціночних суджень) «Дані свідчать про помірне емоційне виснаження та високий рівень внутрішньої напруги. Порушень когнітивних функцій не виявлено. Рекомендовано проведення циклу консультацій з акцентом на розвиток навичок саморегуляції»
<b>7. Узагальнений висновок</b>	Висновок з акцентом на фактах і спостережуваних тенденціях, психологічна характеристика в межах компетенції
<b>8. Рекомендації</b>	Поради щодо подальшої роботи (наприклад: «індивідуальна психокорекція 1–2 рази на тиждень»), пропозиції для лікаря або МДК («доцільне залучення ерготерапевта», «проведення реабілітаційного моніторингу через місяць») або загальні психологічні вказівки для самого клієнта
<b>9. Підпис фахівця з ПЗ</b>	Прізвище та ініціали фахівця з ПЗ, дата або електронний підпис чи службовий ідентифікатор користувача МІС

### 3. Індивідуальний план психологічної допомоги / супроводу

План оновлюється за потреби — після завершення етапу роботи або в разі значних змін у стані клієнта. Кожна зміна супроводжується коротким записом: дата, причина перегляду, уточнення мети.

#### Приклад форми індивідуального плану психологічної допомоги / супроводу

<b>РОЗДІЛ</b>	<b>ЗМІСТ</b>
<b>1. Ідентифікація</b>	Код клієнта, підрозділ, дата створення плану
<b>2. Запит клієнта та/або опис потреби, проблеми чи ситуації</b>	Короткий опис у неупереджених термінах із фокусом на першочергові потреби клієнта
<b>3. Цілі роботи (чого хоче досягнути клієнт за час роботи з фахівцем із ПЗ)</b>	Цілі повинні відповідати ситуації (опису проблеми) і враховувати ступінь готовності клієнта до змін. Формулювання цілей має містити напрям і критерій зміни
<b>4. Завдання та очікувані результати клієнта</b>	Які дії виконуватиме клієнт для досягнення змін у симптоматиці, поведінці, мисленні, життєвій активності тощо відповідно до поставлених цілей
<b>5. План заходів</b>	Які заходи виконуватиме фахівець із ПЗ, щоб допомогти клієнту досягнути очікуваних результатів (наприклад, психоосвіту, КПТ, групові заняття, арттерапію) та їх періодичність

<b>5. План заходів</b>	Які заходи виконуватиме фахівець із ПЗ, щоб допомогти клієнту досягнути очікуваних результатів (наприклад, психоосвіту, КПТ, групові заняття, арттерапію) та їх періодичність
<b>6. Оцінка динаміки</b>	Дати проміжної та підсумкової оцінки
<b>7. Підписи фахівця з ПЗ і клієнта</b>	Підписи фахівця з ПЗ та клієнта мають етичне значення і є проявом спільної відповідальності за процес допомоги

### Чекліст для складання індивідуального плану психологічної допомоги / супроводу<sup>7</sup>

РОЗДІЛ	ВІДЗНАЧТЕ, ЯКЩО ТАК
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Чи містить опис проблеми шість основних проблемних сфер?               <ol style="list-style-type: none"> <li>1 – Медичний статус</li> <li>2 – Працевлаштування та підтримка</li> <li>3 – Вживання наркотиків / алкоголю</li> <li>4 – Правовий статус</li> <li>5 – Сімейний / соціальний статус</li> <li>6 – Психіатричний статус</li> </ol> </li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Чи складений опис проблеми в поведінкових термінах?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Чи написаний опис проблеми в неупередженій і вільній від жаргону формі?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Чи ґрунтується опис проблеми на першочергових потребах?</li> </ul>	
<b>ЦІЛІ (Goals)</b> Чого хоче досягти клієнт за час надання допомоги / супроводу?	
- Чи відповідають цілі опису проблеми / ситуації?	
- Чи можна досягти цілей протягом активної фази надання допомоги?	
- Чи може клієнт зрозуміти цілі так, як вони написані?	
- Чи вважають ці цілі прийнятними як клієнт, так і фахівці програми допомоги / супроводу?	
- Чи була врахована у формулюваннях цілей стадія готовності клієнта до змін?	
<b>ЗАВДАННЯ (Objectives)</b> Що скаже або зробить клієнт? За яких обставин? Як часто він буде це говорити або робити?	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Чи відповідають завдання цілям?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Чи є завдання:</li> </ul>	

<sup>7</sup> Складено за матеріалами ресурсу <https://positivepsychology.com/mental-health-treatment-plans/>

<b>Вимірюваними</b> — Чи можна задокументувати / оцінити зміни або прогрес у виконанні завдань?	
<b>Досяжними</b> — Чи може клієнт зробити кроки до досягнення поставлених завдань?	
<b>Обмеженими в часі</b> — Чи вказані часові межі для виконання завдань?	
<b>Реалістичними</b> — Чи може клієнт виконати завдання, враховуючи його поточний стан / ситуацію?	
<b>Конкретно визначеними</b> — Чи прописаний конкретний перелік дій? Чи може клієнт зрозуміти, чого від нього чекають?	
• Чи була врахована у формулюваннях завдань стадія готовності клієнта до змін?	
<b>ЗАХОДИ (Activities)</b> Що буде робити фахівець із ПЗ / персонал, щоб допомогти клієнту? За яких обставин?	
• Чи спрямовані заходи на досягнення завдань?	
• Чи є заходи:	
<b>Вимірюваними</b> — Чи лише фахівець із ПЗ відповідатиме за заходи або також інші працівники?	
<b>Досяжними</b> — Чи відповідають заходи наявному рівню медичної / соціальної / психологічної допомоги або ж за потреби будуть використовуватися зовнішні направлення?	
<b>Обмеженими в часі</b> — Чи вказані часові межі для виконання заходів?	
<b>Реалістичними</b> — Чи відображають заходи рівень функціональності або функціональні обмеження клієнта?	
<b>Конкретно визначеними</b> — Чи визначені конкретні працівники, які відповідатимуть за допомогу клієнту / надання послуг?	
• Чи була врахована у виборі заходів стадія готовності клієнта до змін?	
<b>ЗАГАЛЬНИЙ ЧЕКЛІСТ</b>	
• Чи цей план допомоги / супроводу є індивідуальним і враховує особливості клієнта відповідно до його здібностей, цілей, способу життя, соціально-економічного статусу, досвіду роботи, освіти та культури?	
• Чи враховані сильні сторони клієнта в плані допомоги / супроводу?	
• Чи брав участь клієнт (і близькі до нього особи) у розробці цього плану допомоги / супроводу?	
• Чи план датований і його підписали всі, хто брав участь у розробці цього плану допомоги / супроводу?	

## 4. Лист супервізії / професійного розбору випадку

Лист супервізії складається після участі фахівця з ПЗ в індивідуальній або груповій супервізійній сесії та відображає, який випадок було розглянуто, які висновки зроблено, що змінилось у розумінні ситуації, які професійні рішення ухвалено. Наявність листів супервізії свідчить, що фахівець із ПЗ працює над власним професійним розвитком не ізольовано, а в колегіальному полі.

### Приклад форми листа супервізії (професійного розбору випадку)

РОЗДІЛ	ЗМІСТ
1. Дата і тема супервізії	Випадок позначається кодом або узагальненим описом, наприклад: «робота з ветераном після травматичного досвіду», «сімейна консультація в кризовий період», «реабілітація після поранення»
2. Запит фахівця з ПЗ	Питання до супервізора або групи, наприклад: «Як зберегти нейтральність у ситуації, де є емоційна залученість?» (етична дилема); «Як адаптувати техніку КПТ для пацієнта з органічним ураженням ЦНС?» (методична складність); «Як не вигорати, коли працюєш із травмою?» (емоційний запит)
3. Ключові обговорення	Короткий опис супервізійного обговорення: що вдалося побачити по-новому, які ресурси або ризики виявлено, що рекомендував супервізор <i>«Під час обговорення виявлено, що надмірне бажання допомогти клієнту знижує його автономію. Рекомендовано сповільнити темп утручання, більше уваги приділяти саморефлексії»</i>
4. Рекомендації супервізора	Рекомендовані техніки, підходи, нові акценти
5. Рішення фахівця	Висновки фахівця з ПЗ після супервізії (наприклад, щодо усвідомлення власної професійної межі, зміни погляду на процес, готовності переглянути підхід) або які зміни планується впровадити
6. Дата і підписи учасників	Підпис фахівця з ПЗ і, за потреби, підпис супервізора, який підтверджує факт проведення сесії

## 5. Зведений журнал роботи психолога

Журнал ведеться постійно впродовж року, з можливістю підсумкового аналізу наприкінці кожного місяця або кварталу. У ньому фахівець із ПЗ узагальнює дані про свою роботу: кількість проведених консультацій, групових занять, діагностичних обстежень, супервізій, профілактичних заходів, участь у мультидисциплінарних нарадах, кількість осіб, яким надано допомогу. Формат може бути паперовим або електронним.

Завдяки зведеному обліку психолог бачить, скільки часу займає певний вид роботи, які напрями потребують підсилення, як розподіляється навантаження між індивідуальними і груповими формами. Такі дані формують статистичну основу для внутрішньої аналітики, планування кадрових ресурсів, розроблення нових програм підтримки. На основі цього журналу формуються щомісячні звіти, підсумкові річні довідки, аналітичні таблиці для адміністрації чи партнерських організацій.

Структура запису має бути проста і функціональна. Зазвичай зазначаються: дата, категорія клієнтів (військовослужбовці, працівники медичної сфери, цивільне населення, підлітки тощо), вид допомоги

(індивідуальна, групова, кризова, супервізійна), кількість осіб, форма взаємодії, коротка примітка про зміст або мету взаємодії. З метою покращення якості даних і звітності фахівців із ПЗ (або психологічної служби) рекомендується додати в журнал такі графи для відміток: первинна чи повторна взаємодія, перенаправлення та скерування, вид психологічної допомоги (психологічна діагностика, психоосвіта та інформування, психологічне консультування, перша психологічна допомога, психотерапія), причини звернення, результат взаємодії (покращення, переривання, переведення на інший рівень допомоги, смерть).

#### Приклад форми зведеного журналу роботи психолога

ДАТА	КАТЕГОРІЯ КЛІЄНТІВ	ВИД ДОПОМОГИ	КІЛЬКІСТЬ ОСІБ	ФОРМА РОБОТИ	ПРИМІТКИ
<b>05.03.2025</b>	Військовослужбовці	Групова підтримка	12	Тренінг	Проведено – 1, тривалість – 60 хв
<b>06.03.2025</b>	Цивільні особи	Індивідуальна консультація	3	Очна	Психоемоційний стан покращено





