Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРM) в Європі.

Розділ 1 – Визначення та поняття ФРМ

**Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини**

**РЕЗЮМЕ**

В контексті Білої книги Фізичної і Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі, цей документ займається визначеннями та поняттями, що мають відношення до ФРМ. Фізична та реабілітаційна медицина - це первинна медична спеціальність, яка відповідає за профілактику, медичну діагностику, лікування та управління реабілітацією осіб усіх вікових груп зі станами здоров’я, що призводять до обмежень життєдіяльності та їх коморбідних станів та приділяє особливу увагу порушенням і обмеженням активності з метою сприяння її фізичному і когнітивному функціонуванню (включаючи поведінку), участі (включаючи якість життя) і модифікації особистих факторів та факторів середовища.

Для того, щоб прийти до цього визначення ФРM, ми повинні розглянути його концептуальний опис. Необхідно відзначити кілька фундаментальних аспектів, зокрема: функціонування, обмеження життєдіяльності і реабілітація.

Ці визначення включені до та представлені в цій главі:

* Функціонування: все, що роблять людські тіла, і дії, які виконують люди. У Міжнародній класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) функціонування представлено в термінах функціональних доменів та ці домени розділені на виміри Функцій та Структур Організму, Активності та Участі;
* Обмеження життєдіяльності - проблема особи, що виконує дії, які він або вона потребує або хоче виконати, яка виникає внаслідок основного стану здоров'я, - захворювання, травми або, навіть, старіння - і яка впливає на його або її виконання в його або її реальному середовищах.
* Реабілітація: комплекс заходів, які допомагають людям, які зазнали, або можуть зазнати обмежень життєдіяльності, досягти і підтримувати оптимальне функціонування у взаємодії зі своїми середовищами.

Визначення обмеження життєдіяльності за МКФ чітко розрізняє проблеми, які повністю є результатом основного стану здоров’я (здатність) від проблем, що виникають внаслідок взаємодії здатності та факторів середовища і особистих факторів (виконання).

Цей документ стосується всіх цих концепцій, які є суттєвими для розуміння стратегії ФРМ з оцінки обмежень життєдіяльності та здійснення втручань, які можуть призвести до поліпшення функціонування та здоров'я.

*Посилання на оригінальну версію статті*: European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 1. Definitions and concepts of PRM. Eur J Phys Rehabil Med. 2018 Apr;54(2):156-165.

*Посилання на українську версію статті*: Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРM) в Європі. Розділ 1. Визначення та поняття ФРМ. Український журнал фізичної та реабілітаційної медицини . 2018…..

**Ключові слова**: Фізична та Реабілітаційна Медицина, Європа, Обмеження Життєдіяльності, Функціонування, Реабілітація.

**Введення**

Біла книга (БК) з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) у Європі розроблена чотирма Європейськими Органами ФРМ і є довідником для лікарів ФРМ у Європі. Вона має кілька значень, що включають забезпечення консолідуючої системи для європейських країн, інформування осіб, що ухвалюють рішення на європейському та національному рівнях, пропонування навчальних матеріалів для резидентів та лікарів ФРМ та інформування про ФРМ медичної спільноти, інших фахівців реабілітації та громадськості. БК наголошує на важливості ФРМ, яка є первинною медичною спеціальністю. Зміст включає: визначення та поняття ФРМ, чому реабілітація потрібна окремим людям і суспільству, основи ФРМ, історія спеціальності ФРМ, структура і діяльність організацій ФРМ в Європі, знання і навички лікарів ФРМ, сфера клінічних компетентностей ФРМ, місце спеціальності ФРМ в системі охорони здоров'я і суспільстві, освіта та безперервний професійний розвиток лікарів ФРМ, особливості та проблеми науки та досліджень в ФРМ та проблеми та перспективи майбутнього ФРМ.

Фізична та реабілітаційна медицина - це первинна медична спеціальність, яка відповідає за профілактику, медичну діагностику, лікування та управління реабілітацією осіб усіх вікових груп зі станами здоров’я, що призводять до обмежень життєдіяльності та їх коморбідних станів та приділяє особливу увагу порушенням і обмеженням активності з метою сприяння її фізичному і когнітивному функціонуванню (включаючи поведінку), участі (включаючи якість життя) і модифікації особистих факторів та факторів середовища

Для того, щоб прийти до цього визначення ФРM, ми повинні розглянути його концептуальний опис. Необхідно відзначити кілька фундаментальних аспектів, зокрема: функціонування, обмеження життєдіяльності і реабілітація.

Ці визначення включені до та представлені в цій главі:

* Функціонування: все, що роблять людські тіла, і дії, які виконують люди. У Міжнародній класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) функціонування представлено в термінах функціональних доменів та ці домени розділені на виміри Функцій та Структур Організму, Активності та Участі;
* Обмеження життєдіяльності - проблема особи, що виконує дії, які він або вона потребує або хоче виконати, яка виникає внаслідок основного стану здоров'я, - захворювання, травми або, навіть, старіння - і яка впливає на його або її виконання в його або її реальному середовищах.
* Реабілітація: комплекс заходів, які допомагають людям, які зазнали, або можуть зазнати обмежень життєдіяльності, досягти і підтримувати оптимальне функціонування у взаємодії зі своїми середовищами.

**Функціонування**

*Функціонування, довідкова інформація ВООЗ*

З моменту свого заснування в 1948 році мандат ВООЗ полягав в тому, щоб досягти «задоволення найвищим досяжним стандартом здоров'я, як фундаментального права кожної людини», в якому здоров'я визначається як «… стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороби і недуг»1.

Для контролю цього прагнення, ВООЗ регулярно оновлює Міжнародну класифікацію хвороб (МКХ), як універсальну довідкову систему для реєстрації смертності та захворюваності2. Її остання версія, МКХ 11, також дозволить описати як біомедичний характер, так і вплив станів здоров’я3.

У 2001 році Всесвітня асамблея охорони здоров'я схвалила Міжнародну класифікацію функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ)4, з метою операціоналізування як біомедичної природи станів здоров’я - функцій та структур організму та їх порушень - так і загального впливу на життєвий досвід здоров'я особи у взаємодії з її середовищем. МКФ забезпечує класифікацію та стандартну міжнародну загальну мову, в термінах якої життєвий досвід здоров'я може бути операціоналізованим на індивідуальному та популяційному рівнях. В МКФ біомедична природа та загальний вплив станів здоров’я в контексті життя людей, беручи до уваги середовище, в якому вони живуть, та їх особисті фактори, і називається функціонуванням.

МКФ є міжнародною класифікацією здоров'я та функціонування; це також інформаційна довідкова система для стандартизованого опису здоров'я, функціонування та обмежень життєдіяльності на всіх рівнях охорони здоров'я та пов’язаних систем, включаючи соціальні, освітні та трудові. МКФ є значущою та корисною для практикуючих фахівців, які прагнуть оптимізувати функціонування окремих пацієнтів, політиків, які прагнуть формувати систему охорони здоров'я відповідно до вимог і потреб функціонування людей, та для дослідників, які прагнуть пояснити та впливати на функціонування, а також наук та професій з функціонування5.

*Функціонування, операціоналізація здоров'я ВООЗ*

"Функціонування" є центральною концепцією МКФ і позначає повний набір функцій та структур організму людини, а також усіх дій людини, простих і складних, (Малюнок 1).

Стисло, функціонування - це все, що роблять людські тіла, і всі дії, які виконують люди. У МКФ функціонування визначено в термінах доменів функціонування, і ці домени розділені на виміри Функцій та Структур Організму, Активності та Участі. Вони далі організовуються в термінах спектру від простого до складного, від основних функцій організму, таких, як зір, до дуже складних та соціально визначених сфер участі, таких як робота або участь у житті громади. Як класифікація, МКФ призначена для того, щоб бути всеосяжною, але гнучкою, забезпечуючи клініциста або дослідника повною мовою функціонування, одночасно дозволяючи розширення через специфікації додаткових доменів, за потреби.

Кожен з доменів функціонування МКФ розглядається як континуум, від повної відсутності функціонування до повного функціонування. У певний момент часу рівень функціонування кожної особи в кожному домені може, в принципі, бути описаним, і, в залежності від запланованого дослідження або клінічного призначення для цього, може бути описаний також всебічний портрет загального функціонування людини в розрізі часу. Більш того, оскільки загальне функціонування людини буде безперервно змінюватися протягом усього життя, МКФ також забезпечує довідкову мову для опису протягом тривалого періоду. У той час, як функціонування збільшується в роки раннього життя людини, воно буде потім зменшуватися внаслідок травм і хвороб і, зрештою, зі старінням. Таким чином, при наявності достатніх популяційних даних можна створити репрезентативні траєкторії старіння, в світлі виникнення специфічних станів здоров’я та коморбідностей, в межах яких можна описати, або передбачити потенційний вплив на функціонування клінічних і популяційних втручань.

*Практичні інструменти для імплементації МКФ в клінічну практику, надання та оплату послуг, політику і дослідження*

Практичні інструменти, що допомагають застосуванню МКФ для широкого кола цілей - інструмент для збору клінічних даних та інструмент звітності на основі МКФ5,6. МКФ є класифікацією, тому для її використання нам потрібні різні інструменти, які просунуть класифікацію до практики. Ці інструменти дозволяють нам визначити, які домени функціонування ми хочемо документувати; дають можливість збирати дані про функціонування послідовно, на клінічному або популяційному рівні; і дозволяють звітувати про дані, зібрані з використанням загальної метрики, що дозволяє провести достовірне порівняння даних про функціонування, зібраних з різних джерел (Малюнок 2). Відповідно, при плануванні збору клінічних даних, для проведення досліджень або для звітування про вже зібрані дані, користувачам МКФ необхідно поставити собі чотири наступні питання щодо функціонування7,8:

* Які домени МКФ ми хочемо документувати? (*напр.* використовуючи Загальний набір МКФ, Реабілітаційний набір МКФ або Базовий набір МКФ для певного стану здоров’я, протягом континууму допомоги, або в контексті, наприклад, як професійна реабілітація)9-12.
* Яку перспективу ми бажаємо охопити? (*напр.* здатність або виконання)?
* Які інструменти збору даних застосовуватимуться до нашої мети?
* Який метричний підхід ми хочемо використовувати для звітування?

*МКФ та функціонування в реабілітації*

МКФ є фундаментальною для реабілітації, п'ятої стратегія охорони здоров'я разом із лікувальною, підтримуючою, профілактичною і паліативною13-15. МКФ також є фундаментальною для сфери ФРМ, яку дійсно можна назвати медициною функціонування5,14,15. Це тому, що загальною метою як реабілітації, так і ФРМ є оптимізація функціонування особи і, тим самим, підвищення його або її якості життя16. ФРМ досягає цього шляхом оптимізації за допомогою лікування внутрішніх аспектів здоров’я з функціонування, або «здатності» в термінах МКФ, або за допомогою уможливлення змін його або її середовища для оптимізації фактичного виконання функціонування особи. Ці втручання успішні тільки тоді, коли вони спрямовані на взаємодію між станом здоров'я і факторами середовища, оскільки тільки тоді втручання можуть оптимізувати загальний результат функціонування. В кінцевому підсумку, мета ФРМ - перевести внутрішню здатність або біологічне здоров'я у фактичне виконання при взаємодії з середовищем і особистими факторами, що і буде здоров'ям життя особи. Кількома словами, для реабілітації в цілому і ФРМ, зокрема, функціонування є відправною точкою клінічного оцінювання, очікуваного результату втручання і основи для управління якістю втручань.

Для опису, розуміння та впливу на функціонування ФРМ повинна спиратися на МКФ, як з точки зору її основної концептуальної моделі функціонування, так і більш практично, на її класифікації, які можуть бути використані для забезпечення порівнянності зібраних та представлених даних. МКФ можливо застосувати в описі окремих пацієнтів17 (Таблиця І), а також популяцій (Малюнок 2). За допомогою МКФ завдання та цілі втручань можна визначити в термінах рівня функціонування особи (через відповідні домени), основного стану здоров’я та супутніх захворювань, а також відповідних особистих факторів та факторів середовища, які формують життєвий досвід здоров'я особи. Самі втручання можна визначити, використовуючи Міжнародну класифікацію втручань в охороні здоров'я (ICHI), яка класифікує функціонування, хірургічні та фармакологічні втручання. Таким чином, спільне використання МКФ, МКХ та ICHI дозволяє провести комплексне стандартне кодування повного реабілітаційного циклу, включаючи оцінювання, призначення, втручання та оцінку18.

З метою сприяння впровадженню МКФ до повсякденної реабілітаційної практики, Секція та Рада ФРМ ЄСМС очолює європейські зусилля в напрямку загальносистемного впровадження МКФ у ФРМ, реабілітації та охорони здоров'я в цілому при взаємодії з урядами, неурядовими учасниками та приватним сектором. Ці зусилля узгоджуються з робочим планом International Society of PRM (ISPRM) та ВООЗ19,20.

**Обмеження життєдіяльності**

*Обмеження життєдіяльності та МКФ ВООЗ*

Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ)4 захоплює наше інтуїтивне поняття про обмеження життєдіяльності, як проблеми особи, що виконує дії, які він чи вона має або бажає виконати, внаслідок основного стану здоров’я (хвороби, травми або навіть старіння), що впливає на його або її виконання в реальному середовищі особи. У МКФ цей досвід концептуалізовано з точки зору базового поняття функціонування МКФ в різних доменах функцій та структур організму, активності та участі - *напр.* всього, що робить організм, і дій, простих та складних, що виконують люди - у взаємодії з факторами середовища, які можуть діяти як бар'єри (обмежують виконання) або сприятливі чинники (підвищують виконання). Завдяки МКФ цей потенційно складний досвід визначається цією класифікацією, тому він може бути точно і повністю описаний на міжнародній стандартній мові.

Визначення обмеження життєдіяльності за МКФ дещо ширше нашого повсякденного поняття, оскільки воно охоплює порушення (проблеми функцій і структур організму) і чітко розрізняє проблеми, які повністю є результатом основного стану здоров'я (здатність) від проблем, що виникають в результаті взаємодії між здатністю та факторами середовища і особистими факторами (виконання). Оскільки реабілітація в цілому і ФРМ, зокрема, спрямовані на оптимізацію функціонування в усіх доменах, можна сказати, що ці стратегії охорони здоров'я спрямовані та намагаються усунути або поліпшити досвід обмежень життєдіяльності.

*Епідеміологія обмежень життєдіяльності*

Протягом десятиліть існував виклик стосовно досягнення консенсусу щодо визначення обмеження життєдіяльності, як першого кроку до правдивої епідеміології обмежень життєдіяльності. Попри те, що МКФ зараз створило консенсусну концептуалізацію, сучасний стан епідеміології обмежень життєдіяльності має тенденцію до плутанини двох досвідів: проблеми, які люди зазнають при виконанні дій повністю внаслідок їх стану здоров'я -перспектива здатності - та проблеми, які особа зазнає внаслідок взаємодії між їх станом здоров'я та факторами середовища та особистими факторами - перспектива виконання. Хоча вони розрізняються, обидві перспективи важливі для оцінки поширеності обмежень життєдіяльності, а також для розуміння практики реабілітації7. Відповідно до Глобального Плану дій з обмежень життєдіяльності21, ВООЗ зроблено крок до удосконалення епідеміології обмеження життєдіяльності шляхом розробки Модельному огляду обмежень життєдіяльності, що чітко відрізняє перспективи здатності від перспектив виконання, з метою відокремлення здоров'я від середовищних детермінант досвіду обмежень життєдіяльності22.

*Втручання при обмеженнях життєдіяльності*

З точки зору перспективи виконання, тобто фактичного життєвого досвіду обмеження життєдіяльності - обмеження здатності виконання в певних доменах, як наприклад, мобільність або головні сфери життя, можуть бути суттєво зменшені відповідними допоміжними пристроями та іншими сприятливими чинниками середовища, які підвищують виконання і, таким чином, зменшують обмеження життєдіяльності. Однак, ці реабілітаційні втручання вимагають від нас можливості перевести потенційні вигоди від поліпшення здатності і змін середовища до фактичного виконання дій. Що стосується практики реабілітації, МКФ уточнює, що ці втручання повинні зосереджуватися на взаємодії особи та середовища. Ефективність та якість реабілітаційних заходів повинні оцінюватися не просто в міру підвищення здатності чи сприяння середовища, а в фактичному результаті цієї взаємодії. Саме це й означає оптимізувати функціонування.

*Оцінка обмежень життєдіяльності*

Оскільки домени функціонування простягаються в континуумі від “немає проблеми” до “повна проблема”, обмеження життєдіяльності не є протилежністю функціонуванню, а скоріше є діапазоном функціонування в загальному континуумі, який інтуїтивно простягається в бік кінця “повна проблема” цього континууму. Тому в континуумі немає єдиної точки, де для кожного домену закінчується функціонування і починається обмеження життєдіяльності. Ці порогові значення будуть визначатися по-різному для різних цілей. Це важливо з епідеміологічної точки зору, оскільки, *напр.* юридичні визначення обмежень життєдіяльності встановлять порогові правові показники з метою надання підтримки та послуг, які є різними між країнами та, навіть, між різними міністерствами всередині країн. Ці визначення не можуть забезпечити основу для міжнародної порівняльної епідеміології обмежень життєдіяльності, яка навпаки вимагає стандартизованої метрики функціонування, отриманої психометричним шляхом. Що стосується клінічної практики, хоча тут може бути загальна згода щодо субоптимального функціонування в будь-якому домені, хороша клінічна практика визнає, що рівень функціонування, при якому людина зазнає порушень життєдіяльності, буде визначатися персональними та культуральними очікуваннями. Персона-орієнтована допомога вимагає, щоб ці очікування були дотримані, навіть якщо в кінцевому підсумку вони не визначають хорошу клінічну практику.

*Обмеження життєдіяльності - дві суспільні перспективи*

Концептуалізація функціонування та обмежень життєдіяльності МКФ пояснює постійну розбіжність у досвіді обмеження життєдіяльності, що відображається у двох соціальних перспективах7,23. З одного боку обмеження життєдіяльності, безумовно, є універсальною ознакою людського стану в тому сенсі, що кожна людина буде зазнавати або ризикує зазнати обмежень здатності та проблем з виконанням в одному чи декількох доменах функціонування. І хоча не кожна людина буде зазнавати важкого обмеження життєдіяльності протягом свого життя, саме по собі старіння є процесом накопичення порушень у багатьох доменах, кожне з яких низького або середнього ступеня тяжкості, але в сукупності досить обмежує. Це обмеження життєдіяльності є універсальною ознакою, тому це просто описовий факт епідеміології функціонування. У той же час, однак, в основному з соціально-політичних причин, ми соціально ідентифікуємо групу осіб, як «людей з обмеженнями життєдіяльності», як, фактично, групу меншості, яка, як група, маргіналізується з загального потоку і якій заперечується, в тій чи іншій мірі, повне залучення і ефективна участь у житті суспільства. Ця соціальна проблема не є універсальною, але обмежена окремою меншістю.

Реабілітація зосереджена на загальному сенсі обмеження життєдіяльності. Внаслідок старіння населення - частково викликаного успіхом сучасної медицини та збільшенням виживання після хвороб та травм - все більше реабілітаційних заходів спрямовані не тільки на серйозні проблеми з функціонуванням, такі як інсульт та травми спинного мозку (СМТ), але також на ситуації з декількома, але відносно легкими чи середніми обмеженнями життєдіяльності, пов'язаними із процесом старіння і пов'язаними з кількома станами здоров'я, а не з одним важким обмеженням життєдіяльності, яка безпосередньо пов'язана з одним важким хронічним станом здоров’я24,25. Тому майбутніми викликами реабілітації, як стратегії охорони здоров'я та, зокрема, ФРМ, в контексті збільшення тягаря допомоги, збільшення витрат на охорону здоров'я та соціальну допомогу та більших соціальних очікувань гарного здоров'я, будуть, таким чином, створення комплексних стратегій втручання, які можуть дати відповіді при повному обсязі обмежень життєдіяльності, що включають декілька різноманітних доменів функціонування. Не менш важливим буде оцінка результатів цих втручань, щоб забезпечити якість і належні витрати. Але як суспільство - у тому числі фахівці реабілітації та професійні організації - ми повинні вирішити проблеми тих людей з обмеженнями життєдіяльності, які виключені з повної участі в житті суспільства. Тут основна увага повинна бути зосереджена на соціальній цілі повної інклюзії відповідно до основних прав людини. Ці права були чітко підтверджені для цієї соціальної групи в рамках Конвенції про права осіб з обмеженнями життєдіяльності Організації Об'єднаних Націй, прийнятої у 2006 році26.

**Реабілітація**

*Реабілітація, основна стратегія охорони здоров'я в системі охорони здоров'я*

З точки зору системи охорони здоров'я реабілітація є однією з п'яти стратегій охорони здоров'я13,14, цілі та показники результативності яких показані в Таблиці II27. З моменту прийняття Декларації в Алма-Аті у 1978, реабілітація вважається основною стратегією охорони здоров'я у первинній медичній допомозі, яка спрямована на вирішення "основних проблем в сфері здоров'я в суспільстві" шляхом "надання промоційних, превентивних, лікувальних та реабілітаційних послуг"28.

*Виникнення реабілітації, як ключової стратегії охорони здоров'я в ХХІ столітті*

Лікувальні, профілактичні та промоційні стратегії охорони здоров'я відповідали за зростання впливу медицини і громадського здоров'я протягом більшої частини XIX і XX століть. Але в ближче до кінця минулого століття виникли епідеміологічні проблеми, головним чином через успіхи попередніх десятиліть. Зокрема, населення старіє через поліпшення медичного обслуговування і підвищення виживання при станах, що раніше вважалися смертельними, а хронічні неінфекційні захворювання стали, принаймні, в високорозвинених країнах, основним джерелом смертності28. Як наслідок, в цьому столітті, крім підтримки цілі з профілактики, першочерговою стратегією охорони здоров'я стає не стільки лікування, скільки оптимізація функціонування людей, які живуть довше, але мають значно більші обмеження життєдіяльності30,31. Але це природна область реабілітації, метою якої є оптимізація внутрішнього потенціалу здоров'я і підсилення сприятливості середовища, з тим щоб у взаємодії результатом було більше функціонування та менше обмежень життєдіяльності. Фактично, демографічні та епідеміологічні реалії соціально трансформували реабілітацію в основну стратегію охорони здоров'я ХХІ століття32.

*Визначення реабілітації на основі МКФ*

Прийняття Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ)4 забезпечило основу для переосмислення реабілітації як стратегії в галузі охорони здоров'я та поставило реабілітацію на міцнішу концептуальну основу. Незначно модифікована частина заснованого на МКФ концептуального опису реабілітації, опублікованого в 2007 році Комітетом професійній практиці Секції ФРМ ЄСМС14, була використана в якості визначення реабілітації у Всесвітній доповіді з обмежень життєдіяльності (ВДОЖ) ВООЗ, оприлюдненої у 2011 році33 (Малюнок 3). В тому ж році, після міжнародного обговорення, ISPRM розробила та затвердила оновлену версію цього концептуального опису (Таблиця ІІІ)15.

Цей концептуальний опис також послужив основою похідних концептуалізацій для конкретних застосувань. Зокрема, для медичної спеціальності ФРМ була розроблена похідна версія, спочатку у вигляді версії для міжнародного обговорення34, а потім переглянутої версії, схваленої ISPRM у 2011 році (Таблиця IV)16. Цей концептуальний опис може слугувати для розробки похідних концепцій для конкретних областей ФРМ, наприклад, для реабілітації, що фокусується на конкретних системах органів або станах здоров'я. Нарешті, другий похідний концептуальний опис був розроблений для професійної реабілітації (ПР) (Малюнок 4)35.

**Посилання**

1. WHO. Constitution of the Wold Health Organisation. [Internet]. 2006. Available from: http://www.who.int/governance/eb/who\_constitution\_en.pdf
2. WHO. World Health Organisation International Classification of Diseases. Version 10. 1992.
3. Selb M, Kohler F, Robinson Nicol MM, Riberto M, Stucki G, Kennedy C, et al. ICD-11: a comprehensive picture of health, an update on the ICD-ICF joint use initiative. J Rehabil Med. 2015 Jan;47(1):2–8.
4. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) 2001. 2001.
5. Stucki G, Zampolini M, Juocevicius A, Negrini S, Christodoulou N. Practice, science and governance in interaction: European effort for the system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Physical and Rehabilitation Medicine. Eur J Phys Rehabil Med. 2017;53(2):299-307.
6. Prodinger B, Ballert CS, Brach M, Brinkhof MWG, Cieza A, Hug K, et al. Toward standardized reporting for a cohort study on functioning: The Swiss Spinal Cord Injury Cohort Study. J Rehabil Med. 2016 Feb;48(2):189–96.
7. Stucki G, Prodinger B, Bickenbach J. Four steps to follow when documenting functioning with the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Eur J Phys Rehabil Med. 2017;53(1):144-9.
8. Prodinger B, Tennant A, Stucki G. Standardized reporting of functioning information on ICF--based common metrics. Eur J Phys Rehabil Med. 2017 May 23;
9. WHO | International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. WHO. [cited 2017 Jun 14]. Available from: http://www.who.int/classifications/icf/en/
10. ICF Based Documentation Form. World Health Organisation and ICF Research Branch [Internet]. [cited 2016 Aug 23]. Available from: http://www.icf-core-sets.org/
11. Bickenbach J, Ciesa A, Rauch A, Stucki G. ICF Core Sets Manual for Clinical Practice. Hogrefe: Verlagsgruppe. 2012.
12. ICF Research Branch. ICF Research Branch [Internet]. 2016. Available from: https://www.icfresearch-branch.org/
13. Stucki G, Bickenbach J, Gutenbrunner C, Melvin J. Rehabilitation: the health strategy of the 21st century. J Rehabil Med. 2017. [Epub ahead of print]
14. Stucki G, Cieza A, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. J Rehabil Med. 2007 May;39(4):279–85.
15. Meyer T, Gutenbrunner C, Bickenbach J, Cieza A, Melvin J, Stucki G. Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy. J Rehabil Med. 2011 Sep;43(9):765–9.
16. Gutenbrunner C, Meyer T, Melvin J, Stucki G. Towards a conceptual description of Physical and Rehabilitation Medicine. J Rehabil Med. 2011 Sep;43(9):760–4.
17. ICF Case Studies. Translating Interventions into Real-life Gains – a Rehab-Cycle Approach. [Internet]. 2016. Available from: https://www.icf-casestudies.org/index.php?lang=en
18. Dorjbal D, Cieza A, Gmünder HP, Scheel-Sailer A, Stucki G, Üstün TB, et al. Strengthening quality of care through standardized reporting based on the World Health Organization's reference classifications. Int J Qual Health Care. 2016;28(5):626-33.;
19. Li J, Prodinger B, Reinhardt JD, Stucki G. Towards the system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in routine practice: Lessons from a pilot study in China. J Rehabil Med. 2016 Jun 13;48(6):502–7.
20. Gutenbrunner C, Bickenbach J, Kiekens C, Meyer T, Skempes D, Nugraha B, et al. ISPRM discussion paper: proposing dimensions for an International Classification System for Service Organization in Health-related Rehabilitation. J Rehabil Med. 2015 Oct 5;47(9):809–15.
21. WHO. WHO Global Disability Action Plan 2014-2021: Better health for all people with disability. Sixty-seventh World Health Assembly 4 April 2014 [Internet]. 2014. Available from: http://www.who.int/disabilities/actionplan/en/
22. WHO. Model Disability Survey [Internet]. Available from: www.who.int/disabilities/data/mds/en/.
23. Bickenbach J, Rubinelli S, Stucki G. Being a person with disabilities or experiencing disability: Two perspectives on the social response to disability. J Rehabil Med. 2017;49(7):543-9.
24. He W, Muenchrath M H, Kowal Paul. Shades of Gray: A Cross-Country Study of Health and Well-Being of the Older Populations in SAGE Countries, 2007–2010 International Population Reports. 2012.
25. WHO. World Report on Ageing and Health. 2015.
26. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, G.A. Res. 61/106 (2007). [Internet]. Available from: www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm
27. Stucki G, Bickenbach J. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. Eur J Phys Rehabil Med. 2017;53(1):134-8.
28. WHO. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care [Internet]. 1978. Available from: http://www.who.int/publications/almaata\_declaration\_en.pdf
29. WHO. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. 2014.
30. United Nations DESA. World Population Prospects. The 2015 Revision. [Internet]. Available from: https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key\_findings\_wpp\_2015.pdf
31. Wan H, Muenchrath M, Kowal Paul. Shades of Gray: A Cross-Country Study of Health and Well-Being of the Older Populations in SAGE Countries 2007-2010: International Population Report [Internet]. New York: United States Census Bureau.; 2012. Available from: https://www.census.gov/prod/2012pubs/p95-12-01.pdfhttps://www.census.gov/prod/2012pubs/p95-12-01.pdfhttps://www.census.gov/prod/2012pubs/p95-12-01.pdf
32. Stucki G. Olle Höök Lectureship 2015: The World Health Organization’s paradigm shift and implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in rehabilitation. J Rehabil Med. 2016 Jun 13;48(6):486–93.
33. WHO, World Bank. World Report on Disability. 2011.
34. Stucki G, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description of physical and rehabilitation medicine. J Rehabil Med. 2007 May;39(4):286–92.
35. Escorpizo R, Reneman MF, Ekholm J, Fritz J, Krupa T, Marnetoft S-U, et al. A conceptual definition of vocational rehabilitation based on the ICF: building a shared global model. J Occup Rehabil. 2011 Jun;21(2):126–33.

**Д**ля цього документу ім’я колективного автора Альянс Європейських органів ФРМ включає:

* Європейську Академію Реабілітаційної Медицини (ЄАРМ),
* Європейське Товариство Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ЄТФРМ),
* Секція ФРМ Європейського Союзу Медичних Спеціалістів (Секція ЄСМС-ФРМ),
* Європейський Коледж з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (в особі Ради ЄСМС-ФРМ).
* Редактори 3го видання Білої Книги з Фізичної та Реабілітаційної Медицини в Європі: Pedro Cantista, Maria Gabriella Ceravolo, Nicolas Christodoulou, Alain Delarque, Christoph Gutenbrunner, Carlotte Kiekens, Saša Moslavac, Enrique Varela-Donoso, Anthony B Ward, Mauro Zampolini, Stefano Negrini.
* Учасники: Pedro Cantista, Gerold Stucki, Jerome Bickenbach, Christoph Gutenbrunner, António Pinto Camelo, Carlotte Kiekens, Juan Carlos Miangollara, Daiana Popa, Francisco Sampaio, Pedro Soares Branco.
* Редактори перекладу українською мовою: Володимир Голик, Олександр Владимиров

Таблиці

Таблиця IА. *Функціональні* *профілі. Профіль категорій МКФ; Кваліфікатор МКФ: оцінює масштаб проблем (від 0 = немає проблеми до 4 = повна проблема) в компонентах функцій організму (b), структур організму (s), активності та участі (d); Взаємозв’язок з цілями: 1 і 2 відносяться до цілей Циклу 1 і 2. ПД відноситься до цілі Програми допомоги; значення Цілі відноситься до кваліфікатору МКФ, для досягнення після втручання.*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Категорії МКФ Реабілітаційного набору МКФ | | | | | | |
| (G) = категорія МКФ генеричного набору | | Проблема | | | | |
|  | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b130 | Функції енергії та спонукання до дій (G) |  |  |  |  |  |
| b134 | Функція сну |  |  |  |  |  |
| b152 | Емоційні функції (G) |  |  |  |  |  |
| b280 | Відчуття болю (G) |  |  |  |  |  |
| b455 | Функції толерантності до фізичного навантаження |  |  |  |  |  |
| b620 | Функції сечовипускання |  |  |  |  |  |
| b640 | Сексуальні функції |  |  |  |  |  |
| b710 | Функції рухливості суглобу |  |  |  |  |  |
| b730 | Функції м'язової сили |  |  |  |  |  |
| d230 | Виконання щоденного розпорядку (G) |  |  |  |  |  |
| d240 | Стійкість до стресу та інших психологічних вимог |  |  |  |  |  |
| d410 | Зміна основних позицій тіла |  |  |  |  |  |
| d415 | Підтримання положення тіла |  |  |  |  |  |
| d420 | Переміщення |  |  |  |  |  |
| d450 | Ходьба (G) |  |  |  |  |  |
| d455 | Переміщення у спосіб, який відрізняються від ходьби (G) |  |  |  |  |  |
| d465 | Переміщення із використанням обладнання |  |  |  |  |  |
| d470 | Користування транспортом |  |  |  |  |  |
| d510 | Миття |  |  |  |  |  |
| d520 | Догляд за частинами тіла |  |  |  |  |  |
| d530 | Користування туалетом |  |  |  |  |  |
| d540 | Користування одягом та взуттям |  |  |  |  |  |
| d550 | Вживання їжі |  |  |  |  |  |
| d570 | Піклуватися про власне здоров'я |  |  |  |  |  |
| d640 | Виконання домашньої роботи |  |  |  |  |  |
| d660 | Допомога іншим |  |  |  |  |  |
| d710 | Базові міжособистісні взаємодії |  |  |  |  |  |
| d770 | Інтимні стосунки |  |  |  |  |  |
| d850 | Оплачувана робота (G) |  |  |  |  |  |
| d920 | Відпочинок та дозвілля |  |  |  |  |  |

Таблиця IБ. *Функціональні профілі. Профіль категорій МКФ; Кваліфікатор МКФ: оцінює масштаб проблем (від 0 = немає проблеми до 4 = повна проблема) та масштаб позитивного (+) та негативного впливу факторів навколишнього середовища (e) та персональних факторів (pf).*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Сприятливий чинник | | | | | Бар’єр | | | |  | |
|  | | 4+ | 3+ | 2+ | 1+ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |  |
| e110 | Продукти або речовини для особистого вживання |  |  |  |  |  |  |  |  |  | - | - |
| e115 | Допоміжні вироби... для особистого користування у повсякденному житті |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | +4 |
| e120 | Допоміжні вироби… для особистої… мобільності ... |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 | +4 |
| e155 | Проектування, будівництво ... споруд для приватного користування |  |  |  |  |  |  |  |  |  | - | - |
| e310 | Найближчі родичі |  |  |  |  |  |  |  |  |  | - | - |
| e320 | Друзі |  |  |  |  |  |  |  |  |  | - | - |
| e355 | Фахівці охорони здоров'я |  |  |  |  |  |  |  |  |  | - | - |
| e460 | Суспільні ставлення |  |  |  |  |  |  |  |  |  | - | - |
| e580 | Послуги, системи та політика охорони здоров’я |  |  |  |  |  |  |  |  |  | - | - |
| pf | Впевненість в собі |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ПД | 0 |
| pf | Мотивація |  |  |  |  |  |  |  |  |  | - | - |
| pf | Асертивність |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ПД | 0 |
| pf | Мотиви |  |  |  |  |  |  |  |  |  | - | - |

Таблиця II. *Основні стратегії здоров'я в системі охорони здоров’я, їхні цілі та показники, адаптовані від: Stucki G, Bickenbach J. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. Eur J Phys Rehabil Med. 2017;53(1):134-8.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Стратегія | Ціль здоров’я | Індикатор |  |
| Превентивна | Профілактика стану здоров'я (профілактика хвороби) | Захворюваність | МКХ |
| Промотивна | Оптимальне біологічне здоров'я | МКФ - здатність | МКФ |
| Лікувальна | Контроль стану здоров'я  (контроль хвороби) | Смертність | МКХ |
| Реабілітаційна | Оптимальне функціонування | МКФ – здатність та виконання | МКФ |
| Підтримуюча | Оптимальне здоров’я життя | МКФ - виконання | МКФ |
| Паліативна | Якість життя та благополуччя | Задоволення |  |

Таблиця III. *Концептуальний опис реабілітаційної стратегії, що базується на Міжнародній класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ), модифікована версія (терміни МКФ позначені жирним шрифтом).*

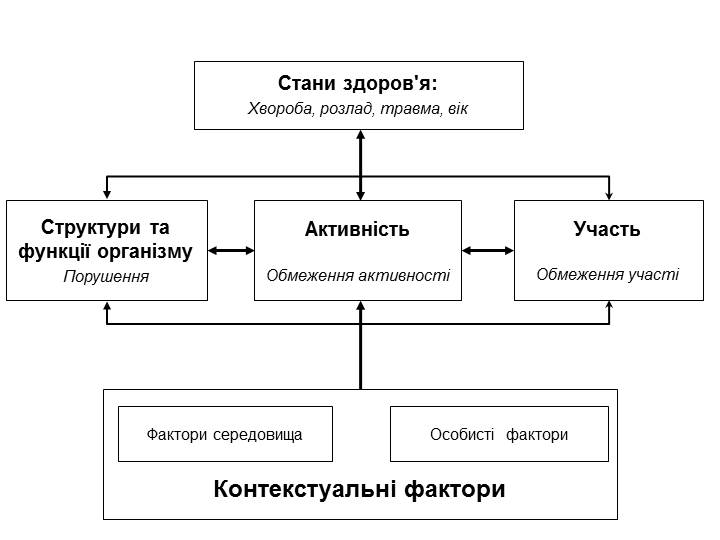
|  |
| --- |
| Реабілітація є стратегією охорони здоров'я, яка спирається на **інтегративну модель** **функціонування**, **обмежень життєдіяльності** та **здоров'я** ВООЗ, застосовується та інтегрує:   * підходи до оцінювання **функціонування** в світлі **станів здоров’я** * підходи до оптимізації **здатності особи** * підходи, які розбудовують і зміцнюють ресурси **особи** * підходи, які забезпечують **середовище, що сприяє** * підходи, які розвивають **виконання особи** * підходи, які підвищують якість життя особи, пов'язану зі здоров'ям у партнерстві між особою та надавачем, в розумінні сприйняття особою його або її місця в житті   протягом перебігу **стану здоров'я** та в усіх вікових групах;  впродовж та через континуум допомоги, включаючи лікарні,  реабілітаційні заклади та громади,  і між секторами, включаючи охорону здоров'я, освіту, працю та соціальні відносини;  з ціллю  надати можливість особам зі **станами здоров'я**, що зазнають, або можуть зазнати **обмежень життєдіяльності**, досягнути та підтримати оптимальне **функціонування** |
| з: Meyer T, Gutenbrunner C, Bickenbach J, Cieza A, Melvin J, Stucki G. Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy. Journal of Rehabilitation Medicine. 2011;43(9):765-9. Table II p. 768. |

Таблиця IV. *Міжнародна класифікація функціонування, концептуальний опис Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ)*

|  |
| --- |
| 1. Фізична та Реабілітаційна Медицина - це медична спеціальність, яка спирається на інтегративну модель **функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров’я** ВООЗ та реабілітацію, що є її основною стратегією охорони здоров'я, 2. діагностує стани здоров'я 3. оцінює функціонування відносно до станів **здоров'я**, **особистих факторів та факторів середовища** 4. виконує, застосовує та / або призначає біомедичні та технологічні втручання для лікування станів здоров'я для того, щоб  * стабілізувати, поліпшувати або відновлювати **порушені функції та структури організму** * запобігти **порушенням** та медичним ускладненням та керувати ризиками * компенсувати відсутність або втрату **функцій та структур організму**  1. очолює та координує програми втручання для оптимізації **активності та участі**  * у пацієнт-центричному процесі вирішення проблем * у партнерстві між особою та надавачем та / або доглядачем та в розумінні сприйняття особою його або її місця в житті * виконуючи, застосовуючи та інтегруючи біомедичні та технологічні, психологічні та поведінкові втручання, навчальні та консультаційні, заняттєві та професійні, соціальні та підтримуючі втручання, а також втручання, спрямовані на фізичне середовище  1. надає поради пацієнтам та їх найближчому соціальному **середовищу**, постачальникам послуг та платникам  * протягом перебігу **стану здоров'я**, * для всіх вікових груп * впродовж та через континуум допомоги, * включаючи лікарні, реабілітаційні заклади та громади, * і між секторами * включаючи охорону здоров'я, освіту, працю та соціальні відносини;  1. забезпечує освіту пацієнтів, родичів та інших важливих осіб для промотування функціонування та здоров'я 2. управляє реабілітацією та охороною здоров'я у всіх сферах послуг охорони здоров'я 3. інформує та консультує громадськість та осіб, що ухвалюють рішення, щодо відповідної політики та програм у секторі охорони здоров'я та інших секторах, які  * забезпечують та збільшують **сприятливе** фізичне та соціальне середовище; * забезпечують доступність до реабілітаційних послуг, як права людини; * і підсилюють фахівців ФРМ з надання своєчасної та ефективної допомоги  1. з ціллю    * уможливлення особам зі станами здоров'я, які зазнають, або можуть зазнати обмежень життєдіяльності, досягти та підтримати оптимальне функціонування у взаємодії зі своїм середовищем |
| Терміни МКФ позначені жирним шрифтом, рядки нумеруються курсивом.  ВООЗ: Всесвітня організація охорони здоров'я.  з: Gutenbrunner C, Meyer T, Melvin J, Stucki G. Towards a conceptual description of Physical and Rehabilitation Medicine. Journal of Rehabilitation Medicine. 2011;43(9):760-4. Table I p. 762. |

Малюнки

Малюнок 1. Структура функціонування та обмежень життєдіяльності в Міжнародній класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров’я.



Малюнок 2. *Демонстрація функціонального профілю для популяції Швейцарського когортного дослідження уражень спинного мозку (SwiSCI).*



Малюнок 3. *Визначення реабілітації у Всесвітній доповіді з обмежень життєдіяльності [ВДОЖ]*

|  |
| --- |
| Блок 4.1. **Що таке реабілітація?**  Ця Доповідь визначає реабілітацію як «комплекс заходів, які допомагають людям, які зазнають або можуть зазнати обмежень життєдіяльності, досягти і підтримувати оптимальне функціонування у взаємодії зі своїма середовищами». Іноді проводиться різниця між абілітацією, яка спрямована на допомогу тим, хто набув обмеження життєдіяльності з народження, або рано в житті, розвинути максимальне функціонування; і реабілітації, де тім, хто зазнав втрати функції, допомагають повернути максимальне функціонування (2).  У цієї главі термін "реабілітація" охоплює обидва види втручання. Хоча концепція реабілітації досить широка, в цей термін не може бути включено все, що стосується обмеження життєдіяльності. Реабілітація спрямована на поліпшення індивідуального функціонування, скажімо, шляхом поліпшення здатності особи їсти і пити самостійно. Реабілітація також включає внесення змін у середовище особи - наприклад, шляхом встановлення поручня у туалеті. Але ініціативи щодо усунення бар’єрів на суспільному рівні, такі як, наприклад, встановлення пандусу в громадську будівлю, не розглядаються як реабілітація в цій Доповіді.  Реабілітація зменшує вплив широкого спектру станів здоров'я. Зазвичай, реабілітація відбувається протягом певного періоду часу, але може включати одноразові або численні втручання, що надаються одним або командою фахівців реабілітації, та можуть бути потрібні починаючи з гострої або початкової фазі одразу після визначення стану здоров'я до підгострої і підтримуючій фаз.  Реабілітація включає виявлення проблем та потреб особи, пов'язання проблем із відповідними факторами персони та її середовища, визначення реабілітаційних цілей, планування та впровадження заходів та оцінювання результатів (див. малюнок нижче). Освіта людей з обмеженнями життєдіяльності є дуже важливою для розвитку знань і навичок для самодопомоги, догляду, управління і прийняття рішень. Люди з обмеженнями життєдіяльності та їх родини зазнають ліпшого здоров'я і функціонування, коли вони є партнерами в реабілітації (3-9) |

Малюнок 4. *Пропоноване концептуальне визначення професійної реабілітації (ПР) на основі МКФ*

|  |
| --- |
| ПР - це мульти-професійний підхід, ґрунтований на доказах, який надається в різних закладах, службах і заходах для осіб працездатного віку, що мають порушення, пов'язані зі здоров'ям, обмеження або зниження трудового функціонування, і основною метою якого є оптимізація їх участі в труді. |