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

Розділ 8 – Спеціальність ФРМ в системі охорони здоров'я та суспільстві

**Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини**

**РЕЗЮМЕ**

У контексті Білої Книги Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі цей документ займається глобальним оглядом ролі ФРМ у системах охорони здоров'я в Європі. Кілька документів та звітів ВООЗ та ООН закликають до посилення реабілітації як ключової стратегії охорони здоров'я ХХІ сторіччя у світі. Тому подальше впровадження ФРМ у системи охорони здоров'я має вирішальне значення. Багато аспектів мають бути врахованими при впровадженні ФРМ в систему охорони здоров'я. Оскільки фізична та реабілітаційна медицина повинна бути забезпечена протягом усього континууму допомоги, повинна бути розроблена специфічна фазова модель. Ці фази залежать від функціональних потреб пацієнтів, а також від тимчасових аспектів стану здоров'я: він може бути вродженим або набутим, і розлад може мати гострий, прогресуючий або дегенеративний перебіг. У документі описані наступні фази: абілітація, преабілітація, ФРМ у гострих закладах, у підгострих та в довготривалих закладах. Обов'язковим є регулярне сортування та повторне оцінювання, для призначення пацієнтові відповідного рівня та закладу реабілітаційної допомоги. Тому реабілітаційні служби повинні бути стратифікованими та організованими у мережі для забезпечення найкращої можливої допомоги, адаптованої до потреб і цілей особи, впродовж періоду допомоги. Забезпечення правильних послуг ФРМ потребує гарного планування надання послуг, розвитку спроможності та розподілу ресурсів. Необхідними ресурсами є людські (зі складними мульти-професійними командами), технічні (діагностичне та терапевтичне обладнання, обладнання для виконання додаткових діагностичних заходів, реабілітаційні технології та допоміжні засоби) та фінансові. Рішення про виділення зазвичай обмежених ресурсів вимагають процесу обґрунтування та чітких і прозорих критеріїв. Слід поважати принципи клінічного управління та забезпечувати відповідні компетентності. Профілактика захворювань (первинна, вторинна та третинна), підтримка та забезпечення здоров'я при хронічних станах, а також загальне зміцнення здоров'я, стають все більш важливими для ФРМ. Вони включають заохочення до фізичної активності та пропаганду здорової поведінки, що спрямовані на підтримку максимального функціонування та запобігання ускладнень при станах, які призводять до обмежень життєдіяльності, або прогресують. Це обговорюється в документі разом з деякими етичними роздумами щодо виборів, які лікарі ФРМ постійно повинні робити під час надання послуг.

*Посилання на оригінальну версію статті*: European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 8. The PRM specialty in the healthcare system and society. Eur J Phys Rehabil Med. 2018 Apr;54(2):261-278.

*Посилання на українську версію статті*: Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРM) в Європі. Розділ 8. Спеціальність ФРМ в системі охорони здоров'я та суспільстві. Український журнал фізичної та реабілітаційної медицини . 2018…..

**Ключові слова**: Фізична та реабілітаційна медицина, Європа, надання послуг в охороні здоров’я, впровадження плану охорони здоров'я.

**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.

Система охорони здоров'я - це організація людей, закладів та ресурсів, які надають послуги охорони здоров’я для задоволення потреб цільових груп населення в охорони здоров'я. На думку ВООЗ, її основним наміром є зміцнення, відновлення або підтримка здоров'я.

Місце ФРМ відноситься до різних аспектів і та фаз охорони здоров'я для людей з багатьма різними станами здоров'я. Цей розділ надає глобальний огляд ролі ФРМ у системах охорони здоров'я в Європі, зокрема щодо: впровадження ФРМ в систему охорони здоров'я, розвиток спроможності та розподілу ресурсів, клінічне управління та компетентності, різні фази процесу ФРМ та, нарешті, профілактика захворювань, підтримка здоров'я та зміцнення здоров'я у сфері ФРМ.

**Впровадження фізичної та реабілітаційної медицини в системах охорони здоров'я**

Відповідно до ВООЗ, реабілітація є частиною універсального покриття охороною здоров'я, та повинна бути інтегрована до пакету основних послуг, разом із профілактикою, промоцією, лікуванням та паліативною допомогою1. Фізична та реабілітаційна медицина повинна відігравати важливу роль у системах охорони здоров'я, зокрема, у реабілітації, але також й у профілактиці, лікуванні та підтримці2. Всесвітній звіт з обмежень життєдіяльності описує центральну роль спеціальності, як "*покращення функціонування через діагностику та лікування станів здоров'я, зменшення порушень та запобігання або лікування ускладнень*"3. Відповідно, "Глобальний план дій з обмежень життєдіяльності"4 визначає "кількість випускників навчальних закладів на 10 000 населення - за рівнем та сферою освіти (*напр.* фізична та реабілітаційна медицина, фізична терапія, ерготерапія, протезування та ортезування)”, як один з показників успішності імплементації реабілітаційних послуг. Оскільки деякі реабілітаційні інтервенції застосовуються іншими медичними спеціалістами та фахівцями охорони здоров'я, роль ФРМ у системах охорони здоров'я та реабілітації потрібно розглядати дуже уважно[[1]](#footnote-1).

Як і реабілітація в цілому, ФРМ повинна брати на себе роль на всіх рівнях системи охорони здоров'я та протягом континууму допомоги (Таблиця І). Ці реабілітаційні послуги класифікуються, наступним чином (*підгрупи послуг не враховані)*, більш детальна інформація описана нижче в частині про різні фази процесу ФРМ:

1. Гострі реабілітаційні послуги надаються у лікарнях на вторинному та третинному рівнях. Гострі реабілітаційні послуги повинні починатися навіть під час інтенсивної терапії, та повинні проводитись мульти-професійними командами (включаючи лікаря ФРМ, фізичного терапевта, ерготерапевта та інших фахівців реабілітації), які працюють спільно під керівництвом лікаря ФРМ. Гострі реабілітаційні послуги можуть надаватися в спеціалізованих палатах гострої реабілітації або мобільними командами гострої реабілітації.
2. Підгострі реабілітаційні послуги: підгострі реабілітаційні послуги надаються негайно або одразу після виписки з блоків гострої допомоги. Для більш важких випадків (суттєві сестринські та медичні потреби, значні обмеження мобільності та активностей повсякденного життя) підгостра реабілітація має проводитись в стаціонарних відділеннях підгострої реабілітації. Пацієнти з меншими обмеженнями також можуть бути скеровані до амбулаторних відділень підгострої реабілітації. Для пацієнтів з незначними дефіцитами можуть бути достатніми більш прості втручання, навіть на рівні первинної медичної допомоги. Підгострі реабілітаційні послуги на вторинному/третинному рівні повинні бути спеціалізованими для конкретного стану здоров'я (захворювання або травми), а також мають мати мульти-професійну реабілітаційну команду.
3. Довготривалі реабілітаційні послуги: Довготривалі реабілітаційні послуги спрямовані на підтримку (і поліпшення) функціонування для осіб з довготривалими обмеженнями життєдіяльності або зі станами здоров'я, що призводять до обмежень життєдіяльності, включаючи вроджені обмеження життєдіяльності та хронічні хвороби. У разі необхідності, вони можуть бути вхідною точкою для більш спеціалізованої реабілітації. Довготривала реабілітація має відбуватись за призначенням та координацією лікаря ФРМ навіть в умовах первинного рівня медичної допомоги. Для цієї фази спостерігається все більше доказів на підтримку фізичних вправ та адаптивної фізичної активності (див. нижче в частині "Профілактика, підтримка здоров'я та зміцнення здоров'я у ФРМ"). Якщо не існує спеціалізованої реабілітації, моделлю надання мінімальних реабілітаційних послуг для людей, які їх потребують, є Реабілітаційні послуги, що надаються в громаді (РНГ). Це повинно бути тісно пов'язано з інклюзивною політикою розвитку громад (ПРГ). Періодичні стаціонарні реабілітаційні послуги можуть бути використані для стимуляції та посилення впливу реабілітації у пацієнтів з хронічними станами здоров'я, також якщо вони пов'язані з психосоціальним стресом та професійними проблемами.

Для виконання своїх завдань протягом різних фаз траєкторії реабілітації, лікарі ФРМ можуть працювати в багатьох закладах, таких як гострі, загальні або університетські шпиталі, реабілітаційні центри (стаціонарні та/або амбулаторні), а також у приватній практиці, центрах охорони здоров'я в громадах тощо. Моделі надання послуг фізичної та реабілітаційної медицини можуть варіювати в організаційних деталях в різних країнах, але обов'язковими елементами повинні бути наявність, доступність, прийнятність, та відповідна наукова та клінічна якість. У принципі, усі види надання допомоги повинні також бути відкритими для лікарів ФРМ. Нарешті, але не менш важливо, слід зазначити, що специфічний досвід лікарів ФРМ може бути важливим для надання консультацій щодо прийняття рішень політиками, страховими закладами та компаніями, планувальниками будівлі міст та багатьма іншими професіями та інституціями у сфері здоров'я та обмежень життєдіяльності, а також проектування середовища.

Коли мова йде про фактичне впровадження ФРМ в систему охорони здоров'я, Конвенція ООН про права осіб з обмеженнями життєдіяльності закликає держави-учасниці організовувати, зміцнювати та розширювати комплексні абілітаційні та реабілітаційні послуги й програми, особливо у сфері охорони здоров’я, зайнятості, освіти й соціального обслуговування (Стаття 26)5.

Посилення послуг з реабілітації, пов'язаної зі здоров'ям, є однією з цілей Глобального Плану дій ВООЗ з обмежень життєдіяльності5. З цією метою та в рамках Плану співпраці ВООЗ-ISPRM 2014-2017 рр. *Gutenbrunner et al.* запропонували наступні заходи6:

* розробити матрицю та контрольні листи для аналізу існуючих реабілітаційних послуг, а також виявлення дир у наданні послуг;
* створити Дорадчу групу з реабілітаційних послуг (RAT) з експертів з розумінням глобальних та регіональних систем охорони здоров'я, які зможуть надати керівництво;
* надавати консультативну допомогу країнам, у разі звернень, через проекти швидкого реагування, які надають підтримку для створення реабілітаційних послуг та навчальних програм для реабілітаційної робочої сили, за умови запиту від ВООЗ.

Обов'язковим аспектом при зміцненні систем охорони здоров'я для реагування на потреби пацієнтів в сфері здоров'я та реабілітації є інформація про функціонування. Системи охорони здоров'я повинні звертати увагу на те, що людям важливо для їх здоров’я, «життя в здоров'ї», а не тільки «біологічного здоров'я». Тож функціонування є третім індикатором здоров'я, крім захворюваності та смертності. МКФ є найкращою перспективою для документування та збору інформації з функціонування7. Системи охорони здоров'я можуть отримувати прибуток від використання інформації з функціонування для покращення міжпрофесійної співпраці та досягнення перехресних результатів лікування захворювань8.

Прикладом такого способу збору даних є "Міжнародне дослідження травм спинного мозку (InSCI)", який є основою “Learning Health System for Spinal Cord Injury Initiative”9.

У лютому 2017 року ВООЗ запустила «РЕАБІЛІТАЦІЯ 2030: заклик до дій». Це важлива ініціатива, спрямована на нарощування реабілітаційних послуг в країнах по всьому світові в світлі сучасних глобальних тенденцій охорони здоров'я (зростаюча поширеність неінфекційних хвороб та травм) та старіння. Ступінь обмежень життєдіяльності в усьому світі вивчався у "Global Burden of Disease Study 2013"10.

Для забезпечення доступності реабілітації для тих, хто цього потребує, ВООЗ сформував сім рекомендацій щодо реабілітації в системах охорони здоров'я:

1. Реабілітаційні послуги повинні бути інтегровані до систем охорони здоров'я;
2. Реабілітаційні послуги повинні бути інтегровані до первинного, вторинного та третинного рівнів системи охорони здоров'я та між цих рівнів;
3. Повинні бути доступними мульти-дисциплінарні кадрові ресурси з реабілітації (ПРИМІТКА: «мульти-дисциплінарна» було визначено ВООЗ, проте коректним є термін «мульти- професійна» - див. глосарій);
4. Доступними мають бути реабілітаційні послуги як в громаді, так і лікарні;
5. Лікарні повинні включати спеціалізовані стаціонарні реабілітаційні блоки для пацієнтів із складними потребами;
6. Фінансові ресурси повинні бути спрямовані на реабілітаційні служби для впровадження та підтримки рекомендацій щодо надання послуг;
7. Там, де медичне страхування існує, або буде доступним, воно повинно включати реабілітаційні послуги.

У Відділі обмежень життєдіяльності та реабілітації ВООЗ розробляються Настанови з реабілітації, пов'язаної зі здоров'ям, які надаватимуть рекомендації державам-членам та відповідним зацікавленим сторонам, що допоможуть прийняти обґрунтовані рішення при побудові або зміцненні систем реабілітації11. Дослідницькі питання та подальші рекомендації в настановах ґрунтуються на шести базових елементах системи охорони здоров'я: керівництво та управління, надання послуг, кадрові ресурси, інформаційні системи, доступ до основних ліків/допоміжних технологій та фінансування. Тому в Настановах з реабілітації, пов'язаної зі здоров'ям, будуть надані рекомендації щодо імплементації реабілітації на рівні систем, як стратегії охорони здоров'я, а ні специфічних реабілітаційних втручань.

Надання послуг - це один з шести базових елементів систем охорони здоров'я. Тому для області реабілітації, пов'язаної зі здоров'ям, було запропоновано концептуальний опис реабілітаційних послуг12. З метою закриття прогалин у національних та/або регіональних системах реабілітації та подальшого розвитку відповідних реабілітаційних послуг важливим є визначення єдиних критеріїв та загальноприйнятої мови для опису та класифікації реабілітаційних послуг. Робоча група Комітету зв'язку ISPRM-ВООЗ розробляє перелік вимірів та категорій, що описують організацію служб реабілітації, пов'язаної зі здоров'ям, в рамках "Міжнародної класифікації організації послуг для реабілітації, пов'язаної зі здоров'ям" (ICSO-R)13. У рамках європейської ініціативи щодо впровадження МКФ та ICSO-R в рамках системи управління якістю реабілітації в січні 2016 р. у Ноттвілі (Швейцарія), відбувся семінар експертів Секції та Ради ФРМ ЄСМС. Під час цього семінару було чітко продемонстровано доцільність та застосовність ICSO-R для опису реабілітації, пов'язаної зі здоров'ям14. Використання ICSO-R призводить до більш точного та порівняльного опису реабілітаційних послуг у порівнянні з підходом опису словами. Таким чином, рекомендовано використовувати ICSO-R для опису та порівняння існуючих реабілітаційних послуг, а також моделей послуг в якості опорних точок, впровадженні реабілітаційних послуг в системах охорони здоров'я та у рамках протоколу управління клінічною якістю.

У більшості європейських країн ФРМ, як медична спеціальність, так і реабілітаційна послуга досить добре розвинена на протязі континууму допомоги пацієнтам з реабілітаційними потребами та цілями. Однак деякі прогалини залишаються. Таким чином, ця спеціальність в даний час є відсутньою в одній країні Європейського Союзу (ЄС) (Данія), а також у деяких європейських країнах, які не є членами ЄС.

У Росії, а тепер й в Україні робоча група Секції ФРМ ЄСМС підтримує розвиток спеціальності фізична та реабілітаційна медицина. В Росії нещодавно було створено імплементаційний пілотний проект "Розвиток системи медичної реабілітації в Російській Федерації (DOME)". Головною метою э продемонструвати ефективність «нової» моделі системи медичної реабілітації порівняно з традиційною моделлю на трьох категоріях пацієнтів (з гострою цереброваскулярною подією, гострим коронарним синдромом та після ендопротезування кульшового суглобу).

Дотепер існує дуже мало літератури щодо впровадження реабілітаційних проектів у країнах з високим і середнім рівнем доходу. У 2013 році Australian Agency for Clinical Innovation опублікувало дуже детальний посібник "Набір інструментів з впровадження реабілітації", який можна використовувати як довідкову модель, що описує шість закладів надання допомоги, в яких надаються реабілітаційні послуги15. Вони стверджують, що це є основою для ефективного надання реабілітаційних послуг, що пацієнт отримує «правильну допомогу у правильному місці в потрібний час» з підтримуючими ключовими складовими подорожі пацієнта, загальними для всіх закладів. Коли пацієнт потрапляє до реабілітації та пересувається між закладами надання допомоги, існує повторювана схема наступних стадій: скерування/надходження, оцінювання/надання послуг та виписка/зміна виду допомоги.

Деякі інші важливі базові елементи для впровадження ФРМ в систему охорони здоров'я будуть розглянуті в наступних розділах (людські ресурси, фінансування та клінічне управління, включаючи акредитацію).

Нарешті, впровадження ФРМ в системах охорони здоров'я повинно бути контекст-специфічним, обґрунтованим прийняттям рішень, заснованим на доказах, що включають найкращі практики та у тісній співпраці з усіма зацікавленими сторонами, включаючи пацієнтів та інших споживачів.

**Розвиток спроможності та розподіл ресурсів у фізичній та реабілітаційній медицині**

Розвиток спроможності може бути визначений, як втручання, що змінили здатність організації чи громади вирішувати питання охорони здоров'я шляхом створення нових структур, підходів та/або цінностей16.

Це - будь-яка специфічна дія чи серія дій, що підвищують ефективність окремих осіб, організацій чи систем, включаючи організаційну та фінансову стабільність, програмне надання послуг та якість програми для створення позитивних змін та підвищення ефективності для покращення результатів громадського здоров'я17.

У деяких європейських закладах медичні та реабілітаційні послуги для людей з обмеженнями життєдіяльності або станами здоров'я, що призводять до обмежень життєдіяльності, залишаються субоптимальними. Статті 20, 25 та 26 Конвенції про права осіб з обмеженнями життєдіяльності4 вимагають від держав-членів розробки початкового та безперервного навчання для фахівців та персоналу з метою покращення доступу до інклюзивної допомоги у сфері охорони здоров'я, допоміжних технологій та реабілітаційних послуг. Цілі Глобального плану дій ВООЗ з обмежень життєдіяльності на 2014-2021 роки також закликають держави-члени посилити та поліпшити доступ до послуг з реабілітації, допоміжних технологій та реабілітації, що надається в громаді (РНГ). Розвиток цих спроможностей набуває все більшого значення в світлі зростаючих тенденцій неінфекційних захворювань, старіння населення та зростаючої кількості людей, які живуть з наслідками травм18. Для розвитку та планування відповідної спроможності ФРМ у різних європейських країнах необхідні різні види ресурсів, такі як людські ресурси та технічні ресурси.

Стосовно людських ресурсів, це, в першу чергу, лікарі ФРМ, вони повинні бути навчені належним чином (Розділ 9). Кількість лікарів ФРМ в країні має бути достатньою, щоб забезпечити реабілітаційні потреби населення, але не повинна перевищувати цього числа, щоб уникнути надмірного споживання реабілітаційної допомоги. Політики повинні приймати доказово обґрунтовані рішення, що ґрунтуються на правильних даних та прогнозах. Це, очевидно, стосується і інших фахівців реабілітації, що складають реабілітаційні команди (Розділи 3 та 7). Не всі професії ще добре представлені у всіх країнах, і це питання має бути вирішено Європейськими органами на європейському рівні. Лікарі ФРМ відіграють важливу роль у навчальних програмах фахівців реабілітації, таких як, наприклад, фізичні терапевти або ерготерапевти.

Технічні ресурси включають заклади, обладнання та реабілітаційні технології, залежно від виду стану здоров'я та специфічних реабілітаційних цілей пацієнтів.

Способи надання фінансових ресурсів для реабілітаційних послуг, відрізняються в різних європейських країнах (Розділ 2). У більшості європейських країн інтервенції фізичної та реабілітаційної медицини покриваються державним страховим пакетом, особливо для спеціалізованої гострої реабілітації, часто доповнюється додатком з кишені пацієнта, який зазвичай є більшим при хронічній та довготривалій допомозі. Отже, розподіл ресурсів на діяльність фізичної та реабілітаційної медицини в більшості випадків визначається політиками охорони здоров'я. Адекватний збір даних, а також дослідження ефективності реабілітаційних інтервенцій є надзвичайно важливим для того, щоб допомогти політикам та адміністраторам прийняти справедливі та доказово обґрунтовані бюджетні рішення. Дослідження, що, ймовірно, покращить клінічну практику, передбачають наявність критичної маси дослідників, що працюють, як команди, у сприятливих середовищах. На жаль, в реабілітаційній медицині існує надто мало дослідницької спроможності такого роду, щоб забезпечити надійне майбутнє для цієї сфери. Тож в сфері реабілітаційної науки важливим є розвиток спроможності19.

Вирішуючи на макро-рівні, як розподіляти ресурси для реабілітації порівняльно з іншими сферами охорони здоров'я - головним чином лікуванням та (первинною) профілактикою - і як розподіляти ресурси між різними областями реабілітації - реабілітація при ампутаціях, реабілітація при інсульті, реабілітація при патології серця, реабілітація при спинномозкових травмах, та інше - вимагає аргументованого процесу. Є більш ніж один спосіб визначення, що є справедливим, *напр.* відповідно до тяжкості стану здоров'я (де чим більш серйозні проблеми зі здоров'ям у популяції, тим більше вона заслуговує на це), порівняно з перспективами успіху (охорони здоров'я). В основі таких різних способів визначення справедливості лежать різні цінності, *напр.* потреба, що лежить в основі «тяжкості», ґрунтується на теорії справедливості благополуччя, тоді як результат, що лежить в основі «успіху», має на увазі утилітарну теорію справедливості (визнаючи, що обидві підходи не є взаємовиключними або вичерпними). Рішення цієї та інших подібних проблем розподілу ресурсів, пов'язаних з реабілітацією, може вимагати розробки політики, яка дуже пов'язана з формальними громадськими дискусіями, що ґрунтують етику на політичних реаліях в широкому сенсі20.

На мезо- і мікро-рівні відбір пацієнтів, які повинні бути прийняті реабілітаційними службами, повинен здійснюватися лікарем ФРМ. Оскільки в багатьох центрах попит на надходження перевищує кількість доступних ліжок, важкі рішення приймаються щодня. Лікарі ФРМ часто змушені грати роль воротаря реабілітаційного центра. Якщо потреби пацієнтів перевищують наявні ресурси, необхідно прийняти рішення щодо розподілу ресурсів. Лікар ФРМ повинен намагатися досягти балансу між милосердям та справедливістю21.

**Клінічне управління та компетентності у фізичній та реабілітаційній медицині**

Фізична та реабілітаційна медицина - це медична спеціальність, яка зосереджується на успішному менеджменті, з точки зору перспектив індивідууму, змін та втрат. ФРМ є найбільш відмінною, коли вона навчає і розповсюджує спосіб мислення, який надає пацієнтам та клініцистам можливість керувати ситуаціями, пов'язаними з обмеженнями життєдіяльності, а ні фокусується на лікуванні основного стану22. Лікарі ФРМ є найбільш ефективними та необхідними для управління більш складними станами та станами, що призводять до обмежень життєдіяльності. У такому контексті лікарем ФРМ буде виконуватись кілька ролей, включаючи роль громадського здоров'я, яка спрямована на маргіналізацію та знесилення від середовищних або соціальних структур, та встановлює реабілітацію, як ключову частину всіх медичних втручань. Люди з обмеженнями життєдіяльності та станами здоров'я, які можуть призвести от цих обмежень, мають особливий ризик низької якості медичної допомоги23.

*Клінічне управління*

Клінічне управління є прозорим та підзвітним процесом, який ретельно вивчає ефективність як індивідууму, так й служби, для запобігання або виправлення проблем, перш ніж пацієнти зазнають травми або персонал буде покараним. Це має підвищити якість допомоги, орієнтованої на особу, та демонструвати уповноваженим, менеджерам та пацієнтам, що служба відповідає прийнятним стандартам24. це залежить від:

* впровадження національних та міжнародних стандартів та настанов;
* розробок, проведення та розповсюдження аудитів, що проводяться за такими стандартами, впровадження рекомендацій та наступних повторних аудитів (Ревізійний цикл);
* візитів до закладів для впевнення, що потреби вразливих людей, які отримують реабілітаційні послуги, є задоволеними (Табл. ІІ);
* збирання національно узгоджених показників ефективності реабілітаційних послуг в таких закладах (Табл. ІІ). Більш великі заклади можуть потребувати індивідуальної акредитації міжнародними органами, такими як Комітет клінічних стосунків Секції ФРМ ЄСМС або CARF;
* підтримки регулярної оцінки ефективності та потреб у розвитку лікарів ФРМ (Табл. ІІІ);
* експертної оцінки. Ефективність лікаря ФРМ не може бути відокремлена від ефективності реабілітаційної команди. Мульти-професійний візит, який виконується лікарем ФРМ, медичною сестрою, менеджером та терапевтами, може оцінити функціонування як цілої команди чи служби, так і лікарів ФРМ всередині;
* зворотного зв'язку від пацієнта та родини. ФРМ має бути дисципліною з високою персона-центричністю, з належною увагою до захоплення життєвого досвіду як пацієнтів, так і родин.

Лікарі ФРМ працюють у відносній медичній ізоляції в деяких країнах і повинні братися за широкий спектр складних медичних станів. Механізми управління повинні забезпечувати, щоб старші клініцисти регулярно контактували з іншими лікарями ФРМ, а також інтегрувалися до та отримували підтримку колег інших спеціальностей25, тож їм не потрібно практикувати за межами свого специфічного досвіду.

Для досягнення цього рекомендується, щоб кожна служба визначила провідного клініциста, який несе особливу відповідальність за управління. Цей клініцист повинен:

1. визначати відповідні настанови та стандарти;
2. організовувати та очолювати регулярні локальні та регіональні управлінські збори та сприяти контактам з пов'язаними спеціальностями;
3. описувати управлінську активність відповідним органам та звітувати про несприятливі інциденти та скарги разом із пропонуванням плану вирішення сприйманих труднощів;
4. сприяти поліпшенню якості всієї служби. Це можливо лише за наявності спільної структури управління та бюджету. Служби повинні уникати членів команди, які працюють у різних установах та мають декілька лінійних керівників.

ФРМ залежить від застосування множинних навичок в індивідуальному та узгодженому порядку для вирішення складних та індивідуальних проблем. Таким чином, вона залежить від її успіхів у налагодженні комунікації та взаємодії в реабілітаційній команді та впевненої довіри пацієнта в специфічному досвіді тих, хто відповідає за втручання.

Компетентності та структури клінічного управління, описані в цьому розділі, мають певним чином забезпечити, щоб ця довіра не була недоречною.

**Різні фази процесу фізичної та реабілітаційної медицини**

Фазова модель процесу ФРМ включає фази протягом континууму допомоги. Ці різні фази процесу ФРМ залежать від часових аспектів стану здоров'я: вроджені або набуті, і якщо вони набуті, чи є вони гострими, або прогресуючими чи дегенеративними.

Під час зростання використовується термін "абілітація". Абілітація - це процес, спрямований на допомогу особі з обмеженнями життєдіяльності в досягненні, збереженні або вдосконаленні навичок і функціонування для повсякденного життя (Rehabilitation International: <http://www.riglobal.org/projects/habilitation-rehabilitation/>)25. Цей термін випливає з високої адаптивності та зв'язку всіх функцій організму під час росту, і включає: найкращий можливий залишковий розвиток порушеної функції, набуття нових (компенсаторних) навичок та уникнення впливу на нормальний розвиток функцій, які безпосередньо не постраждали. Абілітація у дітей з (вродженим або рано набутим) порушенням або обмеженнями життєдіяльності складається з безперервного процесу, з більш інтенсивними фазами відповідно до етапів розвитку. Ці послуги часто надаються в Службах розвитку дитини.

При гострому набутті стану здоров'я, фази ФРМ традиційно поділяються на гостру, підгостру та довготривалу фази. Зовсім недавно також була розроблена "преабілітація" як стратегія ФРМ. Вона складається з навчальної програми та доопераційного фізичного та/або психологічного кондиціонування, що підвищує функціональні та психічні здатності, спрямовані на поліпшення післяопераційних функціональних результатів. Література, переважно в галузі ортопедичної чи онкологічної хірургії, надає ранні докази про те, що преабілітація може зменшити тривалість перебування і, можливо, забезпечити післяопераційні фізичні переваги26.

*ФРМ в гострих закладах*

Гостра або рання фізична та реабілітаційна медицина складається з програми спеціалізованої медичної реабілітації під час надходження до гострої лікарні після травми або хвороби, або в результаті комплексного медичного лікування або його ускладнень. Це також може застосовуватися до гострої події в особи з існуючим обмеженням життєдіяльності (*напр.* раптовий рецидив множинного склерозу, але також перелом стегна у післяінсультного пацієнта, або важка інфекція у пацієнта зі spina bifida). Реабілітаційні заходи підлягають клінічній відповідальності лікаря ФРМ, включаючи внесок мульти-професійної реабілітаційної команди, а також інших відповідних медичних та хірургічних спеціальностей, починаючи з епізоду інтенсивної терапії. Це широко описується Ward, а клінічна діяльність деталізована Stam25,27. Гостра реабілітація спрямована на запобігання ускладнень іммобілізації (*напр.* саркопенія, ортостатична дисфункція, контрактури, тромбоз) та вторинних станів (*напр.* нейрогенний сечовий міхур та кишківник, гетеротопічна оссифікація або спастичність) та поліпшення функцій та активності (*напр.* мобільність, координація, активності повсякденного життя). Акцент реабілітаційного втручання також включає менеджмент болю, інформування та навчання пацієнтів та їх родин, навчання персоналу підрозділів гострої допомоги, прогнозування та розробка плану реабілітації для забезпечення сортування для подальших реабілітаційних програм. Отже, роль лікаря ФРМ у гострій реабілітації полягає в оцінюванні та моніторингу стану здоров'я пацієнтів (*напр.* дихання, ковтання, рухові функції або функції вегетативної нервової системи, функції серцево-судинні, сечового міхура та кишківника, розлади ковтання), застосовуючи фармацевтичні і фізичні види лікування та координацію мульти-професійної реабілітаційної команди25. Це потребує високого рівня підготовки в гострих медичних станах та інтенсивній терапії та повинно проводитися у тісній співпраці з іншими медичними спеціалістами. Командна робота з регулярними консультаціями та зборами команди має вирішальне значення для успішної допомоги в гострій реабілітації25,28. У багатьох європейських країнах, таких як Німеччина, керівництво гострих реабілітаційних команд лікарем ФРМ є обов'язковим за правилами охорони здоров'я29.

Гостра реабілітація може бути надана кількома способами, які також можна об'єднати залежно від розміру та контексту лікарні:

* Переведення пацієнтів до ліжок ФРМ або до блоку ФРМ у лікарні, що надає гостру допомогу (блок гострої реабілітації чи БГР);
* Відділення ФРМ з мобільним відвідуванням командами ФРМ під відповідальністю лікаря ФРМ (команда гострої реабілітації або КГР), при тому, що пацієнт залишається на ліжку спеціаліста, який скерував до ФРМ. Діагностичні процедури та втручання ФРМ можуть проводитись у відділенні ФРМ або у палаті, залежно від загального та медичного стану пацієнта;
* Мобільне відвідування командою ФРМ під відповідальністю лікаря ФРМ, пацієнт залишається на ліжку спеціаліста, який скерував до ФРМ (команда гострої реабілітації або КГР);
* Щоденні візити до палат гострої допомоги лікарів ФРМ з окремого закладу ФРМ (*ред. якій не входить до складу даної лікарні*);
* Гострі підрозділи в центрах ФРМ або реабілітаційних лікарнях, здатні лікувати пацієнтів з необхідністю постійного гострого медичного лікування, для уможливлення надходження пацієнтів дуже рано для початку програм ФРМ;
* В університетських лікарнях та великих лікарнях гострої допомоги блок або відділення ФРМ має бути присутнім для забезпечення реабілітації в гострій фазі.

Створення гострих та ранніх програм ФРМ прискорює темп відновлення незалежності та призводить до більш ранньої виписки. Більш того, вони зменшують ускладнення та біль, оптимізують функціонування, виявляють когнітивні та емоційні проблеми при черепно-мозкових травмах за відсутності фізичних порушень та покращують можливості самостійного життя та повернення до роботи.

Зростає тенденція до "ранньої гострої реабілітації". Недавні дослідження, що оцінюють раннє впровадження реабілітації в блоці інтенсивної терапії (БІТ), продемонстрували покращення фізичних функцій та якості життя, а також повторних надходжень до лікарні, інституціоналізації та смертності, а також зменшення тривалості штучної вентиляції легень та тривалості перебування в БІТ та лікарні (ТП)30. Економія коштів або нейтральні витрати можуть бути досягнуті за допомогою програм ранньої реабілітації у блоках інтенсивної терапії (БІТ). Читач скеровується до Bailey et al.31 щодо стратегії відбору хороших кандидатів на ранню реабілітацію для боротьби з супутніми захворюваннями, здобутими у БІТ. У академічних центрах третинного рівня гострі ліжка або блоки ФРМ іноді організовуються поблизу або біля БІТ32,33.

*Фізична та реабілітаційна медицина у підгострих закладах*

Пацієнти із (потенційним) залишковим обмеженням життєдіяльності після гострого захворювання або травми та/або залишкових потребах і цілях реабілітації будуть скеровані для подальших інтервенцій ФРМ після гострої фази до підгострої допомоги ФРМ. Це може бути стаціонарний заклад реабілітації або амбулаторний підрозділ у відділенні ФРМ34. Пацієнти потрапляють до програми ціль-спрямованої мульти-професійної реабілітації під відповідальністю лікаря ФРМ. Послуги ФРМ повинні плануватися та надаватись через скоординовані мережі ("хаб і спиці"), для охоплення цілого континууму допомоги, заснований на процесі сортування. Пацієнту повинен бути призначений відповідний рівень реабілітаційної допомоги, виходячи з результатів сортувального оцінювання за допомогою системи класифікації пацієнтів (Малюнок 1). Ці рівні залежать від складності потреб і цілей реабілітації, а також від захворюваності/поширеності стану здоров'я: загальний або первинний, спеціалізований або вторинний та високоспеціалізований або третинний рівень35,36. Після сортування, буде визначена програма реабілітації, ґрунтована на оцінюванні, а потім будуть здійснюватися втручання. Для визначення нових цілей, які мають бути досягнуті в рамках або однієї послуги або на іншому рівні допомоги, якщо це доречно, має бути проведена регулярна оцінка. Цей процес, який повторюється, також називається реабілітаційним циклом (див. Розділ 7). Пацієнти можуть надходити для підгострої допомоги якщо: 1) вони є достатньо медично стабільними і придатними для активної участі в програмі ФРМ, 2) їм може допомогти мульти-професійний підхід, 3) присутні визначені цілі, мотивація та достатній потенціал для навчання. Лікар ФРМ буде уточнювати діагноз, повідомляти пацієнта, родину та доглядачів щодо прогнозу та керувати командою та службою по усіх аспектах. Підгострі заклади будуть надавати допомогу переважно пацієнтам зі станами з раптовим початком. Однак протягом фаз із зміною потреб це може корисним для пацієнтів з періодичними, прогресуючими або стабільними станами.

Протягом підгострих реабілітаційних послуг лікар ФРМ буде дбати про комплексний процес реабілітації34. Це включає продовження лікування основного стану здоров'я та/або наслідків операції або інших інвазивних втручань, а також тренування функцій організму та активностей. Протягом підгострої фазі планування та підготовка до реінтеграції в суспільство все більше і більше пересувається на передній план. Це включає самостійне життя, працевлаштування, освіту та інші сфери участі. Це також означає роботу з родинами, соціальними службами та роботодавцями, а також навчання та освіту пацієнта.

*Фізична та реабілітаційна медицина у довготривалих закладах*

Після періоду підгострої допомоги, незалежно від стаціонарного чи амбулаторного базування, деякі пацієнти можуть потребувати довготривалої допомоги. Довготривала реабілітація - це допомога, що надається протягом довготривалого періоду часу особам, які зазнають довготривалого обмеження життєдіяльності або труднощів у функціонуванні. Довготривала допомога також може бути пов'язана з хронічним захворюванням37. Довготривалі реабілітаційні послуги можуть надаватися у формі переривчастої стаціонарної допомоги або безперервної амбулаторної/в громаді / домашньої реабілітації.

При довготривалій допомозі ФРМ може надавати багато важливих реабілітаційних послуг. Спектр поширюється від безперервного моніторингу функціонування та обмежень життєдіяльності, довготривалої медикаментозної терапії, призначення втручань (*напр.* фізична терапія, ерготерапія, терапія мови та мовлення або (нейропсихологія) або надання допоміжних пристроїв). Лікарі ФРМ також навчені давати поради пацієнтам, родинам та доглядачам, а також роботодавцям та іншим суспільним інституціям. ФРМ повинна брати участь у програмах реабілітації, що надається в громаді, *напр.* як консультант та/або тренер працівників реабілітації, що надається в громади. Лікарі ФРМ можуть підтримувати лікарів загальної практики та інших медичних спеціалістів шляхом консультацій та/або координації реабілітаційних мереж. Це особливо важливо для орфанних захворювань або обмежень життєдіяльності відповідно.

У довготривалій фазі допомоги ФРМ особливий акцент зосереджений на заходах підтримки та вторинної профілактики, але це буде додатково пояснено в наступних розділах.

Наступний клінічний випадок наводить приклад пацієнта впродовж різних фаз процесу ФРМ:

*Клінічний випадок пацієнта з втратою кінцівок.*

55-річний чоловік страждає хронічним остеомієлітом і відкритими ранами лівої п’ятки, після аварії на автомобілі п'ять років тому. Були проведені неодноразові хірургічні та медичні втручання, але не відбулося загоєння, та якість його життя серйозно порушилася. За 3 роки він перестав працювати техніком. Він був скерований до лікаря ФРМ для консультування щодо можливої ампутації. Після мультидисциплінарного оцінювання рекомендована транстибіальна ампутація, і пацієнт потрапляє до програми преабілітації, яка включає рекондиціонування, збільшення сили правої нижньої та обох верхніх кінцівок, ходіння з милицями та навчальну програму. Через два місяці проведена ампутація, після чого відбувається негайна післяопераційна реабілітація без протезування ("гостра реабілітація"). Після виписки відбувається підгостре спостереження, а за два місяці здійснюється 4-х тижнева стаціонарна реабілітаційна програма після підбору протезу ("підгостра реабілітація"). За два місяці після оцінювання пацієнт може керувати своєю машиною та повернутися до роботи. На довготривалій основі організується проведення щорічних спостережень для калібрування та поновлення протезу ("довготривала фаза").

*Висновки*

Залежно від типу стану здоров'я та потреб функціонування, процес ФРМ включатиме різні фази. Регулярне переоцінювання та сортування з скеруванням пацієнта до відповідного рівня та закладу реабілітаційної допомоги є обов'язковим. Тому реабілітаційні послуги повинні бути стратифіковані та організовані в мережі для забезпечення найкращої допомоги, адаптованої до потреб та цілей особи, протягом континууму допомоги.

**Профілактика, підтримка здоров'я та зміцнення здоров'я у фізичній та реабілітаційній медицині**

У літературі терміни «профілактика», «підтримка здоров'я» та «зміцнення здоров'я» часто використовуються взаємозамінно, а пов'язані з цим дії суттєво перекриваються (*напр.* фізична активність або здорова їжа). Тому вони розглядаються в одному розділі. Немає чіткого консенсусу щодо відповідних визначень. Після загального введення для визначення різниці термінів, різні теми будуть розглядатися з точки зору ФРМ.

Здоров'я можна розглядати, як континуум з нейтральним здоров'ям всередині, негативним здоров'ям (хворобою) ліворуч та позитивним здоров'ям (благополуччя) праворуч, і відповідно відноситься до кожної з цих трьох концепцій38.

Профілактика хвороб включає дії, що спрямовані на зменшення або усунення ризиків, що можуть збільшити шанси людини або групи зазнати хворобу, обмеження життєдіяльності або передчасну смерть. Первинна профілактика відноситься до заходів, спрямованих на запобігання або усунення причини проблеми здоров'я у особи або популяції перед її виникненням3. Вторинна профілактика включає заходи для виявлення проблеми здоров'я на ранній стадії у людини або популяції, сприяючи лікуванню, зменшенню чи запобіганню поширення, або зменшенню чи запобіганню її довготривалим наслідкам3. Третинна профілактика спрямована на зменшення впливу захворювання, яке вже почалось, шляхом відновлення функції та зменшення ускладнень, що пов'язані із захворюванням3.

Підтримка здоров'я відноситься до підтримки рівня стабільного стану здоров'я та максимальної функції, *напр.* шляхом скринінгу, поваги до здорового способу життя та піклування про психосоціальні та духовні проблеми39.

Коли є присутньою стабільність здоров'я, поліпшення здоров'я та благополуччя може бути досягнуто шляхом зміцнення здоров'я: розвиток поведінки, що поліпшує функціонування організму та покращує здатність людини адаптуватися до середовища, яке змінюється. Зміцнення здоров'я визначається ВООЗ як процес, що дозволяє людям збільшувати контроль над своїм здоров'ям та його детермінантами, а отже, і поліпшити своє здоров'я40. Таким чином, зміцнення здоров'я допомагає людям рухатися вгору по континууму здоров'я.

*Профілактика, підтримка здоров'я та зміцнення здоров'я, пов'язані з фізичною та реабілітаційною медициною*

Робота лікарів ФРМ зосереджується серед інших питань на стратегії, спрямованої на уможливлення людей з хронічними захворюваннями та довготривалими або вже існуючими обмеженнями життєдіяльності, досягти максимально можливого високого рівня здоров'я та якості життя через зусилля щодо зміцнення здоров'я та стратегій профілактики та підтримки. Заходи щодо зміцнення здоров'я, спрямовані на осіб з обмеженнями життєдіяльності, можуть мати суттєвий вплив на покращення традицій способу життя, підвищення якості життя та зниження медичних витрат41.

Підтримка або поліпшення здоров'я може бути складнішою для осіб з обмеженнями життєдіяльності, оскільки вони мають підвищений ризик виникнення низки фізичних, психологічних, соціальних та емоційних проблем, які згадуються в опублікованій літературі, як вторинні стани. Ці стани, як видається, мають глибокий негативний вплив на здоров'я та функцію людей з обмеженнями життєдіяльності, і в сукупності потенційно можуть суттєво обмежити участь у загальній активності42.

Запобігання або управління вторинними станами, факторами ризику та вплив на змінні, що пов'язані з одним або двома факторами, є важливим пріоритетом3. Декілька перехресних досліджень повідомляли про наявність в середньому від 4 до 13 вторинних станів у людей з фізичними та когнітивними обмеженнями життєдіяльності43-45. Незважаючи на те, що багато з цих станів (*напр.* біль, слабкість, збільшення маси тіла, депресія) також зустрічаються у осіб без обмежень життєдіяльності, обставинами, які роблять їх унікальними для осіб з обмеженнями життєдіяльності та станами здоров'я, які можуть призвести до обмежень життєдіяльності, є те, що вони зустрічаються із значно більшою частотою як у дітей, так і у дорослих з обмеженнями життєдіяльності. Ця більш висока частота є одним із критеріїв, який використовується при визначенні стану, як вторинного стану46.

Алгоритм прийняття рішень щодо менеджменту вторинних станів починається з ідентифікації та керування факторами ризику (*напр.* первинного стану, що формує передумови у індивіда до вторинного стану) і продовжується з наступним менеджментом *(напр.* через втручання) вторинного стану46. Він охоплює початок і перебіг вторинних станів (незмінні попередні дані та фактори ризику, що модифікуються) та визначає результати, пов'язані з вторинними станами, на рівнях особи та суспільства.

Незмінними попередніми даними є соціально-демографічні фактори, наявні раніше стани, фактори, пов'язані з обмеженнями життєдіяльності та асоційовані стани.

Фактори ризику, що модифікуються, поділяються на особисті фактори та фактори середовища. Особисті фактори ризику включають поведінку, таку, як зловживання або невживання, знижену або відсутню фізичну активність, погану дієту, погане використання ліків, недостатню участь у реабілітації та збільшення використання речовин (*напр.* тютюну, алкоголю, призначених ліків та заборонених наркотиків). Фактори середовища включають зменшену чи низькоякісну допомогу в сфері охорони здоров'я, зменшення доступу до побудованого середовища, поганий доступ до зміцнення здоров'я (*напр.* відсутність транспортування до програм зміцнення здоров'я у громадах), а також обмежену або відсутню соціальну підтримку.

Крім того, необхідно враховувати соціальні та екологічні бар'єри, які заважають дорослим з обмеженнями життєдіяльності приймати більш здоровий спосіб життя та поліпшення здоров'я47.

*Профілактика захворювань у фізичній та реабілітаційній медицині*

Як згадувалося вище, профілактика захворювань класифікується як первинна, вторинна або третинна.

Медична реабілітація традиційно розглядається як стратегія третинної профілактики48, але лікарі ФРМ можуть бути залучені до профілактики захворювань або травм на всіх рівнях.

Лікар ФРМ відіграє важливу роль при первинній профілактиці за допомогою різних стимулів у сфері ФРМ (*напр.* фізична терапія або фізичні вправи), що може значно покращити механізми регулювання практично всіх систем органів. Перевага може бути досягнута шляхом затримки або профілактики захворюваності численних хронічних захворювань, *напр.* серцево-судинних, таких як гіпертонія і атеросклероз, метаболічних, *напр.* метаболічний синдром або м'язово-скелетних, *напр.* остеопороз. Фізична активність пов'язана зі зниженням ризиків багатьох видів раку49.

Як пропонується в ініціативі “Призначення фізичних вправ для здоров'я” European Federation of Sports Medicine Associations (EFSMA), фізична активність та фізичні вправи повинні бути стандартними компонентами профілактики хвороб та медичного лікування, і закликають надавачів послуг в охороні здоров’я оцінювати та переглядати програми фізичної активності пацієнтів при кожному візиті. Також у Lancet останнім часом було опубліковано заклик щодо розширення інтервенції з фізичної активності по всьому світові, задля сприяння поглибленню більш широких і розумних підходів до руху людей50. Додатково до захворюваності та передчасної смертності, фізична не активність є відповідальною за значне економічне навантаження51.

Фізична та реабілітаційна медицина також відіграє важливу роль у запобіганні поперекового та шийного болю, порушеннях кровообігу та метаболізму, а також у запобіганні скарг, пов'язаних з роботою. Існує широкий спектр профілактичних заходів, що застосовуються лікарями ФРМ, таких, як програми аеробних вправ, тренування м'язів та балансу, школа попереку, програми щодо профілактики при професійній діяльності, освіта та поради щодо здорової поведінки52. У людей літнього віку програма ФРМ також може запобігти падінням та незалежності хворих53. Стосовно дорожньо-транспортних пригод, лікарі ФРМ можуть, наприклад, підтримувати промоцію використання шолома під час їзди на велосипеді.

У осіб з обмеженнями життєдіяльності первинна профілактика включає зусилля, спрямовані на запобігання погіршення порушень, і має включати відповідні спеціальні заходи для усунення факторів ризику хронічних станів48.

Вторинна профілактика за допомогою фізичних терапевтичних модальностей є прикладом у випадку регуляторних розладів артеріального тиску, болю у спині або остеопорозу. При гіпертонії функціональна адаптація може призвести до поліпшення регуляторних механізмів, які можуть запобігти, або, принаймні, затримати настання клінічно вираженої гіпертонії. Перша лінія лікування артеріальної гіпертензії - це зміни способу життя, включаючи фізичні вправи. При вторинній профілактиці болю в спині важливу роль може відіграти зміцнення м'язів та вдосконалення моделей рухів. При остеопорозі важливо запобігати деградації кісток навантажувальною дозою фізичної активності54. Програми серцевої реабілітації / вторинної профілактики вважаються стандартом допомоги та надають критично важливі ресурси для оптимізації допомоги пацієнтам з серцево-судинними захворюваннями55. Існують переконливі докази для реабілітаційних втручань на підтримку інтенсивного та часто повторюваного, ціль-спрямованого і завдання-специфічного тренування на всіх етапах після інсульту56. Втручання в медичній реабілітації, що спрямовані на посилення активності, такі як надання допоміжних технологій, можуть вважатися вторинною профілактикою48.

Для осіб з обмеженнями життєдіяльності або станами здоров'я, що призводять до обмежень життєдіяльності, третинна профілактика призначена для зменшення обмежень участі особи в певній області шляхом надання сприятливого чинника або шляхом усунення бар'єру. Модифікації середовища, надання послуг, усунення фізичних бар'єрів, зміни у соціальному ставленні та реформи законодавства та політики є стратегіями третинної профілактики48.

Третинна профілактика включає в себе лікування, як тільки хвороба стає симптоматичною, щоб уникнути ускладнень (*напр.* профілактика тромбозу глибоких вен та відповідна мобілізація, щоб уникнути пошкоджень шкіри у пацієнтів після інсульту). Третинна профілактика включає триваючі інтервальні зусилля, спрямовані на максимізацію та підтримку функціональних здатностей протягом життя. Таким чином, важливим є довготривалий контакт з особою з обмеженнями життєдіяльності, або станами здоров'я, що призводять до обмежень життєдіяльності, для забезпечення реабілітації, поки не буде завершено природне відновлення та запобігання подальшого розвитку ускладнень, яких можна уникнути.

Багато тих, що вижили після важких хвороб, зазнають значного фізичного, психологічного та когнітивного дефіциту, особливо у випадку тривалого ліжкового режиму. Нові дослідження підтримують включення програм фізичної активності та рухливості до повсякденних процедур для пацієнтів у відділеннях інтенсивної терапії, як третинної профілактики57.

*Управління здоров’ям у фізичній та реабілітаційній медицині*

Підтримка та забезпечення також є частиною сфери компетентностей фізичної та реабілітаційної медицини. Це має велике значення для літніх пацієнтів, але також при хронічних станах, таких як хронічний біль, спинно-мозкова травма, ампутації, черепно-мозкова травма та багато інших. Втручання з підтримки є необхідними для запобігання втраті досягнутого функціонального рівня після більш інтенсивної реабілітаційної фази.

Втручання з підтримки в ФРМ спрямовані на підтримку максимальної функції та уникнення ускладнень, які можуть бути передбачуваними та які можливо запобігти при стабільних, хронічних станах, що призводять до обмежень життєдіяльності, та станах з прогресуючим погіршанням. Тому, коли лікарі ФРМ звертаються до поздовжніх потреб допомоги у сфері охорони здоров'я хворих з хронічними обмеженнями життєдіяльності, вони повинні розглядати менеджмент охорони здоров'я, пов'язаний з обмеженнями життєдіяльності та загальні стратегії зміцнення здоров'я, як однаково важливі компоненти допомоги. Для цього вони повинні посилити свою систему компетентностей та враховувати концепції зміцнення здоров'я та зменшення ризику вторинних станів58.

Медична реабілітація має декілька особливостей, які співпадають як з первинною медичною допомогою, так і зі зміцненням здоров'я: усі вони підкреслюють освіту та заохочення до самоуправління та відповідальності, розглядають потенційний або фактичний вплив певного фізичного або когнітивного/емоційного стану на різні аспекти здоров'я. Нарешті, всі вони розглядають як підтримку здоров'я, так і попередження хвороб, з тим, щоб покращити та захистити функціональні здатності протягом усього життя58.

Як лікарі, що займаються функцією, лікарі ФРМ розуміють небезпеку зниження активності в усіх закладах внаслідок усіх причин; як медичних, так і середовищних. Фактично, часто лікарі ФРМ є єдиними лікарями, які обізнані з підтримки функції через фізичну активність у співпраці з фізичними терапевтами, науковцями в сфері руху, ерготерапевтами, медичними сестрами, доглядачами та членами сім'ї. Знання про те, як змінити фізичне та соціальне середовище для максимізації функціональних рухів та загального функціонування у своїх пацієнтів, дозволяє лікарям ФРМ покращувати та підтримувати функцію для своїх пацієнтів. Зосередження на активностях повсякденного життя (АПЖ) - це спроба повернути функціональні рухи особі з обмеженнями життєдіяльності, дозволяючи їм підтримувати базовий ступінь фізичної активності, необхідної для автономії та незалежного руху46. Заходи з підтримки включають програми, створені лікарем ФРМ, що складаються з заходів та/або механізмів, які допоможуть бенефіціару максимізувати або підтримувати прогрес, досягнутий ним чи нею під час терапії, або запобігти або сповільнити подальше погіршення внаслідок захворювання чи хвороби у довготривалій перспективі.

Підтримка, а також профілактика захворювань та зміцнення здоров'я повинні бути індивідуально адаптовані до стану здоров'я особи, функціонального рівня та персональних життєвих планів.

Є обширні докази того, що фізична активність знижує ризик неінфекційних захворювань та сприяє здоров'ю59.

Термін "адаптивна фізична активність" відноситься до фізичної активності, адаптованої до конкретних потреб кожної особи з обмеженнями життєдіяльності60. Реабілітація, заснована на адаптивній фізичній активності, ґрунтується на адаптації різних видів активності, щоб відповідати потребам кожного індивідууму в реабілітаційному закладі.

Фізичне обмеження життєдіяльності та дисфункція внаслідок відсутності фізичної активності та декондиціонування призводять до додаткового/постійного фізичного обмеження життєдіяльності та дисфункції61. Зміцнення здоров'я та відповідні освітні зусилля для осіб з обмеженнями життєдіяльності, таким чином, будуть неповними без надання компоненту фізичної підготовки58. Такі заходи також включатимуть питання участі, такі як повернення до роботи та підтримку перебування на роботі, або уникнення раннього виходу на пенсію внаслідок проблем зі здоров'ям. Використовувані методи включають терапевтичні вправи, адаптивну фізичну активність і спорт, зміни способу життя, включно з дієтичними та психологічними втручаннями та освіту з питань здоров'я. Особи з хронічними обмеженнями життєдіяльності, які брали участь у інтервенціях, що ґрунтовані на адаптивній фізичній активності, продемонстрували статистично значущі підвищення як фізичного, так і психічного функціонування протягом 12 місяців після втручання62.

Регулярні вправи, фізична активність та підтримка високого рівня кардіореспіраторної витривалості вважаються необхідними елементами профілактики та лікування серцево-судинних захворювань та відіграють важливу роль у зниженні ризику ішемічної хвороби серця при первинній та вторинній профілактиці63.

У всьому світові відсутність фізичної активності призводить до 6% ваги хвороби ішемічної хвороби серця64. Після програми серцевої реабілітації сидячий спосіб життя негативно впливає на основні фактори ризику65. Здатність до фізичного навантаження є найсильнішим предиктором смертності в порівнянні з іншими факторами ризику66. Підтримка фізичними вправами - один з факторів, що поліпшують якість життя та рівень фізичної активності67. Хоча етап підтримки (фаза 2) кардіо-легеневої реабілітації є найважливішою частиною програми, на нього часто звертають мінімальну увагу. Успіхи програми 2-ї фази можуть бути втрачені за незначний час, такий, як кілька тижнів, якщо пацієнт перестає здійснювати заняття. Через це необхідно підкреслити важливість виконання вправ, як частини нових звичок пацієнта у сфері здоров'я, і пацієнт повинен інтегрувати вправи як частину здорового способу життя48.

У багатьох європейських центрах пропонується значно триваліший курс початкової легеневої реабілітації (*напр.* шість місяців), але відсутні докази того, що це приносить більшу користь і зберігає виконання68. У легеневій реабілітації (ЛР) також рекомендується продовження фізичної активності за межами контрольованого компоненту ЛР, оскільки існують докази того, що програми підтримки є вигідними в збереженні успіхів легеневої реабілітації69.

Бар'єри щодо участі в програмах підтримки з фізичними вправами, які необхідно долати - це страх, відсутність мотивації, фінансові та транспортні аспекти, фактори середовища, такі як соціальна ізоляція та зміни фізичного здоров'я. Фахівці реабілітації та соціальної підтримки можуть зробити реабілітацію більш довготривалою та сприяти людям з хронічними обструктивними захворюваннями легень, брати участь у активності шляхом їх мотивації та заохочення, зменшуючи їх страхи та посилюючи переваги участі в активності70. Ці вправи, фітнес та спортивна активність рідко відшкодовуються, що збільшує поріг для осіб з обмеженнями життєдіяльності або хронічними захворюваннями, які часто мають обмежений прибуток.

Зараз пріоритетом є ефективна підтримка людей, що пережили інсульт, з метою їх участі у фізичній активності після інсульту. Участь у вправах середньої та високої інтенсивності знижує ризик виникнення повторного ішемічного або геморагічного інсульту71,72, покращує швидкість руху, функціональну мобільність73-75, м'язову сили та щільність кісткової тканини76 і позитивно впливає на якість життя77,78. Кардіореспіраторне тренування та, меншою мірою, змішане тренування знижують обмеження життєдіяльності під час або після традиційної допомоги при інсульті; це може бути опосередковане поліпшенням мобільності та рівноваги. Є достатній обсяг доказів для інтеграції кардіореспіраторного та змішаного тренування, включно з ходьбою, до програм післяінсультної реабілітації для підвищення швидкості та толерантності до ходьби; також може відбуватися певне поліпшення рівноваги79. Проте інсульт призводить до складних обмежень життєдіяльності, що ускладнює участь у фізичній активності, посилює серцево-судинне декондиціонування80, що, у свою чергу, негативно впливає на благополуччя, обмеження життєдіяльності та функціональну незалежність81 та підвищує ризик повторного інсульту82. Тому розуміння найкращої підтримки участі тих, хто пережили інсульт, у регулярній фізичній активності є життєво важливим для їхнього здоров'я та благополуччя.

Для покращення фізичної підготовки у людей з спинномозковими травмами рекомендуються наступні доказові настанови щодо фізичної активності: для важливих успіхів у фітнесі дорослі з СМТ повинні займатися (а) принаймні 20 хвилин двічі на тиждень аеробною активністю середньої або сильної інтенсивності і (б) тренуванням сили двічі на тиждень, що складається з трьох наборів по 8-10 повторень кожної вправи для кожної великої групи м'язів83.

У деяких європейських країнах (*напр.* у Австрії, Німеччині, Італії, Польщі) реабілітація в стаціонарі або денних стаціонарах відіграє важливу роль у менеджменті більшості хронічних станів, *напр.* хронічних м'язово-скелетних та нервово-м'язових розладах, хронічних судинних, дихальних та метаболічних захворюваннях, а також захворюваннях шкіри, урологічних та гінекологічних станах. Періодичні сплески інтенсивної реабілітації також можуть бути використані для боротьби зі зниженням функції навіть через кілька років після гострої події84.

*Глобальне зміцнення здоров'я в фізичній та реабілітаційній медицині*

Внесок лікарів ФРМ у «глобальне зміцнення здоров'я» повинен бути описаний з посиланні на концептуальну перспективу та цілі «Глобального Плану дій з обмежень життєдіяльності 2014-2021»4. Лікарі ФРМ можуть відігравати певну роль у забезпеченні досягнення трьох головних цілей Плану дій, а саме: усунення бар'єрів для послуг та програм з охорони здоров'я; зміцнювати та розширювати реабілітацію, абілітацію та інші підтримуючі технології та послуги; посилювати збір даних та підтримувати дослідження обмежень життєдіяльності та пов'язаних послуг85.

План визнає Обмеження життєдіяльності як «глобальне питання охорони здоров'я», а Реабілітацію - як ефективний захід зменшення соціального впливу широкого кола станів, що призводять до обмежень життєдіяльності, тим самим роблячи висновок, що реабілітація повинна бути включена в концепцію універсального покриття охороною здоров'я.

Соціальні та клініко-епідеміологічні тенденції, такі як старіння населення, збільшення поширеності хронічних станів, що призводять до функціональних обмежень, підвищення рівня виживання при багатьох різних станах, а також підвищення обізнаності громадськості щодо цінності соціальної участі, вимагають збільшення ролі реабілітації в охороні здоров'я. В рамках загальної реабілітації, ФРМ є медичною спеціальністю, яка, відносно до багатьох інших клінічних дисциплін, може зробити важливий внесок у загальне зміцнення здоров'я людей з обмеженнями життєдіяльності або станами здоров'я, що призводять до обмежень життєдіяльності, та хронічними захворюваннями.

Лікарі ФРМ працюють на клінічному рівні (з метою підвищення здатності осіб взаємодіяти з середовищем) та на рівні середовища (з метою забезпечення оптимального середовища для реалізації таких здатностей).

Позитивний вплив спеціальності ФРМ на глобальне зміцнення здоров'я можливо визначити стосовно:

* збільшення загального рівня здоров'я, функціонування, благополуччя та соціальної участі осіб з хронічними захворюваннями, або обмеженнями життєдіяльності, або станами здоров'я, що призводять до обмежень життєдіяльності, на популяційному рівні (*напр.* на рівні регіону, країни або у всьому світові);
* зменшення тягаря хвороб та обмежень життєдіяльності на соціальному рівні, тобто пом'якшення впливу станів, що призводять до обмежень життєдіяльності на родини, системи охорони здоров'я та соціальні послуги;
* внеску у визнання цінності та гідності відмінностей між людськими істотами, тим самим пропагуючи розвиток ставлення до соціальної інклюзії у громаді.

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ)86 є широко розповсюдженою та визнаною довідковою концептуальною моделлю фізичної та реабілітаційної медицини і може слугувати референтною моделлю глобального зміцнення здоров'я. Відповідним аспектом моделі МКФ є акцент на «компоненті здоров'я», а не на «наслідках захворювань», тим самим підкреслюючи концепцію континууму станів здоров'я, протилежно до дуалізму між здоров'ям та хворобами. Інший аспект полягає в тому, що МКФ явно спрямована на операціоналізації біо-психо-соціальної моделі, яка широко прийнята в ФРМ.

Стратегії, за допомогою яких спеціальність ФРМ може сприяти глобальному зміцненню здоров'я, базуються на:

* взаємовідносинах з широким колом фахівців охорони здоров'я не лише в сфері реабілітації, але й в інших дисциплінах. З цієї точки зору, взаємозв'язки із лікарями загальної практики та іншими фахівцями первинної медичної допомоги, здається, відіграють вирішальну роль;
* взаємовідносинах та співпраці з низкою фахівців та послуг у сферах соціального захисту, добробуту та послуг в громаді, праці, освіти тощо;
* взаємовідносинах та співпраці з громадами, волонтерськими організаціями, асоціаціями осіб з обмеженнями життєдіяльності, або іншими споживачами, родинами тощо;
* співпраці з багатьма професійними та непрофесійними організаціями у заохоченні міждисциплінарного та міжпрофесійного підходу до надання реабілітаційних послуг.

Дії, за допомогою яких ФРМ можуть робити внесок до глобального зміцнення здоров'я, є:

* сприяння доступу осіб з обмеженнями життєдіяльності або зі станами здоров'я, які можуть призвести до обмежень життєдіяльності, до послуг і програм в сфері охороні здоров'я;
* просвіта фахівців сфери охорони здоров'я щодо обмежень життєдіяльності та впливу станів здоров'я, які можуть призвести до обмежень життєдіяльності, на медичні аспекти та навпаки;
* підвищення рівня обізнаності закладів, фахівців та громадськості в широкому сенсі з тематики обмежень життєдіяльності та участі;
* пропагування здорового способу життя осіб з обмеженнями життєдіяльності. Зокрема, ФРМ залучена до заходів сприяння заохочення до регулярної фізичної активності;
* просування визнання "функціонування", як відповідної клінічної риси, в деяких сферах охорони здоров'я, включаючи первинну медичну допомогу та заклади гострої медичної допомоги;
* промотування широкого включення функціонального оцінювання в системах охорони здоров'я та прийняття спільної мови для опису функціонування (*напр.* шляхом сприяння розробці простих, інтуїтивно зрозумілих інструментів оцінювання на основі таксономії МКФ87-89;
* співпраця з фахівцями первинної допомоги (лікарями загальної практики та іншими фахівцями) задля розширення первинних реабілітаційних послуг та формування зв'язків первинних послуг із вторинними та третинними реабілітаційними центрами та закладами, сприяючи, таким чином, розвитку інтегрованих мереж реабілітаційних послуг на місцевому, регіональному та національному рівнях;
* співпраця у просуванні реабілітації, що надається в громаді та поєднанні цієї сфери втручання з більш спеціалізованими рівнями реабілітації;
* підвищення обізнаності та покращення доступу та ставлення закладів та фахівців охорони здоров'я до профілактичних скринінгів здоров'я (*напр.* стоматологічна допомога) для осіб з обмеженнями життєдіяльності, зокрема жінок щодо гінекологічних скринінгів90;
* внесок у збирання даних та дослідження обмежень життєдіяльності на популяційному рівні (*напр.* епідеміології функціональних обмежень) та розробці й впровадженні інноваційних моделей для задоволення виникаючих потреб осіб з обмеженнями життєдіяльності.

**Етика та послуги фізичної та реабілітаційної медицини**

ВООЗ запропонувала реабілітацію, як ключову стратегію здоров'я ХХІ століття91. Більше того, потреби в реабілітації зростають внаслідок сучасних тенденцій охорони здоров'я, таких, як старіння населення, покращення знань та нові медичні технології, збільшення показників виживання та очікуваної тривалості життя, поширення хронічних станів, ранній початок реабілітації та рання виписка з гострої допомоги. Отже, витрати на реабілітацію зростають у порівнянні з скороченням бюджетів. Це передбачає вибір на макро-, мезо- та мікрорівні охорони здоров'я92. Біоетичні проблеми (етичні проблеми в контексті охорони здоров'я) пов'язані з трьома основними моральними принципами: повага до автономії, доброчесність проти нешкідливості та справедливість20. Повага до цих принципів може призвести до конфліктних ситуацій та етичних дилем.

Етичні проблеми, що занурені на макро- (політика охорони здоров'я) та мікрорівні (рівень взаємодії з пацієнтом), обговорювалися в попередніх розділах (відповідно 2 та 7). Цей розділ присвячено вибору, який необхідно зробити на мезо-рівні (організація охорони здоров'я: лікарні, реабілітаційні служби тощо).

Важливим завданням для лікарів ФРМ є вибір пацієнтів або «сортування» для доступу до реабілітаційної програми або послуги21. Мета полягає в тому, щоб належний пацієнт отримав належний рівень допомоги в належний момент часу з відповідним фінансуванням. Сортування повинно базуватися на багатовимірному функціональному стані пацієнта та включати як медичні, так і не медичні фактори. Отже, потрібна система класифікації пацієнтів або сортувальний інструмент. Це також має враховувати складність реабілітаційних потреб і цілей пацієнта, а також його вибору. Іншим параметром є частота та поширеність основного стану здоров'я, і менш часті стани вимагають більш специфічних послуг, особливо у випадку складних цілей. Система класифікації / оцінки пацієнта повинна використовуватись з початку гострої фазі з метою скерування пацієнта до послуги, яка пропонує належний рівень реабілітаційної допомоги, впродовж всього континууму допомоги (див. Малюнок 1). Проте, більшість реабілітаційних служб мають обмежену кількість стаціонарних та амбулаторних місць, а важкі рішення щодо надходження та виписки пацієнтів мають прийматися щодня. Найкращий вибір для пацієнта (принцип доброчесності) повинен мати перевагу, але цей вибір може суперечити наявному бюджету та більш утилітарним міркуванням. Такий самий конфлікт може виникнути при виписці пацієнта. У більшості європейських країн кількість спеціалізованих установ для дорослих з тяжкими формами обмежень життєдіяльності, які не можуть повернутися додому, є недостатньою. Це створює проблеми з випискою, а отже, і надходженням («блокувальники ліжка»). Більше того, деякі пацієнти виписуються до неналежних закладів, таких, як неспеціалізовані будинки для літніх людей. У межах обмежених (і наразі тих, що скорочуються) бюджетів наявні фінансові ресурси повинні бути розподілені "справедливо" (принцип справедливості).

Інше питання на мезо-рівні стосується ставлення фахівців охорони здоров'я до осіб з обмеженнями життєдіяльності та хронічними захворюваннями. Це може варіювати залежно від бачення та встановлення пріоритетів в закладах охорони здоров'я. Напр., доступ до гінекологічних та акушерських послуг для жінок на візках, а також відсутність обізнаності та знань відповідних фахівців охорони здоров'я часто є перешкодою для регулярних медичних оглядів цих жінок з особливими потребами.

Інклюзія пацієнта та його/її родини, а також залучення рівних консультантів до реабілітаційної команди, буде залежати від пацієнт-спрямованості конкретної реабілітаційної служби або закладу в цілому.

Протягом останніх десятиліть використання технологій у реабілітації значно зросло. Робототехніка і біоніка належать до щоденної практики. Отже, етичне питання тут більше не «чи варто використовувати технологію», але «як використовувати технологію», або «як технологія впливає на наше життя, а наша поведінка, як техніка, формує наші дії та досвід»93.

На закінчення, в реабілітаційній практиці ми все більше стикаємося з делікатними етичними питаннями. Рішення мають прийматися щодня на мікро-, мезо- а також на макрорівні охорони здоров'я. Етичні цінності та культуральні переконання професіоналів, а також пацієнтів впливають на вибір у практиці реабілітації. Ми повинні усвідомлю­вати той факт, що культуральні відмінності можуть вплинути на результат втручання. Тому етичні та культуральні питання повинні бути частиною навчальних програм з реабілітації та післядипломної підготовки, також і з питань використання технології. Фахівцям реабілітації потрібен час, щоб задуматися над цими проблемами з колегами та рівними консультантами.

**Посилання**

1. Krug E, Cieza A. Strengthening health systems to provide rehabilitation services. Eur J Phys Rehabil Med. 2017 Apr;53(2):153–4.

2. Gutenbrunner C, Lemoine F, Yelnik A, Joseph P-A, de Korvin G, Neumann V, et al. The field of competence of the specialist in physical and rehabilitation medicine (PRM). Ann Phys Rehabil Med. 2011 Jul;54(5):298–318.

3. World Health Organization, World Bank. World Report on Disability. 2011.

4. The United Nations. “Convention on the Rights of Persons with Disabilities.” Treaty Series 2515 (CRPD) [Internet]. 2006. Available from: https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html

5. World Health Organization. Global Disability Action Plan [Internet]. 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/ bitstream/10665/199544/1/9789241509619\_eng.pdf?ua=1

6. Gutenbrunner C, Bickenbach J, Melvin J, Lains J, Nugraha B. Strengthening health-related rehabilitation services at national levels. J Rehabil Med. 2017 Apr 6;

7. Stucki G, Bickenbach J, Melvin J. Strengthening Rehabilitation in Health Systems Worldwide by Integrating Information on Functioning in National Health Information Systems. Am J Phys Med Rehabil. 2016 Dec 15;

8. Hopfe M, Prodinger B, Bickenbach JE, Stucki G. Optimizing health system response to patient’s needs: an argument for the importance of functioning information. Disabil Rehabil. 2017 Jun 6;1–6.

9. Bickenbach J. The International SCI Survey and the Learning Health System for SCI. Am J PMR.

10. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet Lond Engl. 2015 Aug 22;386(9995):743–800.

11. WHO. Rehabilitation Guidelines [Internet]. Available from: http://www.who.int/disabilities/rehabilitation\_guidelines/en/

12. Meyer T, Gutenbrunner C, Kiekens C, Skempes D, Melvin JL, Schedler K, et al. ISPRM discussion paper: Proposing a conceptual description of health-related rehabilitation services. J Rehabil Med. 2014 Jan;46(1):1–6.

13. 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.

14. Kiekens C, Meyer T, Gimigliano F, Baffone C, Gutenbrunner CM, UEMS PRM ICF Workshop moderators and rapporteurs. European initiative for the application of the International Classification of Service Organization in Health-related Rehabilitation (ICSO-R). Eur J Phys Rehabil Med. 2017;53(2):308–18.

15. Agency for Clinical Innovation. ACI Rehabilitation Implementation Toolkit [Internet]. 2013. Available from: http://www.aci.health.nsw.gov.au/\_\_data/assets/pdf\_file/0008/190871/ACI-Rehabilitation-Implementation-Toolkit.pdf

16. Crisp B, Swerissen H, Duckett S. Four approaches to capacity building in health: consequences for measurement and accountability. Health Promot Int. 2000;99–107.

17. MSH. Capacity Building [Internet]. Available from: https://www.msh.org/our-work/practice/capacity-building

18. WHO. Capacity Building [Internet]. Available from: http://www.who.int/disabilities/capacity\_building/en/

19. Frontera WR, Fuhrer MJ, Jette AM, Chan L, Cooper RA, Duncan PW, et al. Rehabilitation medicine summit: building research capacity executive summary. J Neuroengineering Rehabil. 2006 Jan 3;3:1.

20. Rudnick A. Ethics in Rehabilitation [Internet]. International Encyclopedia of Rehabilitation. JH Stone, M Blouin; Available from: http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/16/

21. Blackmer J. Ethical issues in rehabilitation medicine. Scand J Rehabil Med. 2000 Jun;32(2):51–5.

22. Wade D. Rehabilitation - a new approach. Part four: a new paradigm, and its implications. Clin Rehabil. 2016 Feb;30(2):109–18.

23. Royal College Physicians. Medical Rehabilitation 2011 and beyond. Report of a Working Party. 2010.

24. British Society of Rehabilitation Medicine and Royal College of Physicians. Clinical Governance in Rehabilitation Medicine [Internet]. Available from: www.rcplondon.ac.uk/guidelines-policy

25. Ward AB, Gutenbrunner C, Damjan H, Giustini A, Delarque A. European Union of Medical Specialists (UEMS) section of Physical & Rehabilitation Medicine: a position paper on physical and rehabilitation medicine in acute settings. J Rehabil Med. 2010 May;42(5):417–24.

26. Santa Mina D, Clarke H, Ritvo P, Leung YW, Matthew AG, Katz J, et al. Effect of total-body prehabilitation on postoperative outcomes: a systematic review and meta-analysis. Physiotherapy. 2014 Sep;100(3):196–207.

27. Henk J, Stam H.M, Buyruk J.L, Melvin and G. Stucki. Acute Medical Rehabilitation. 2012 Rotterdam, Erasmus MC. 2012. 289-98 p.

28. Neumann V, Gutenbrunner C, Fialka-Moser V, Christodoulou N, Varela E, Giustini A, et al. Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine. J Rehabil Med. 2010 Jan;42(1):4–8.

29. Beyer J, Berliner M, Glaesener JJ, Liebl ME, Reiners A, Reißhauer A, et al. Positionspapier zur fachübergreifenden Frührehabilitation – 2. aktualisierte Auflage. Phys Med Rehabil Kuror. 2015;260–80.

30. Lord RK, Mayhew CR, Korupolu R, Mantheiy EC, Friedman MA, Palmer JB, et al. ICU early physical rehabilitation programs: financial modelling of cost savings. Crit Care Med. 2013 Mar;41(3):717–24.

31. Bailey P, Thomsen GE, Spuhler VJ, Blair R, Jewkes J, Bezdjian L, et al. Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. Crit Care Med. 2007 Jan;35(1):139–45.

32. Adler J, Malone D. Early mobilization in the intensive care unit: a systematic review. Cardiopulm Phys Ther J. 2012 Mar;23(1):5–13.

33. Peiris CL, Taylor NF, Shields N. Extra physical therapy reduces patient length of stay and improves functional outcomes and quality of life in people with acute or subacute conditions: a systematic review. Arch Phys Med Rehabil. 2011 Sep;92(9):1490–500.

34. Ward A, Gutenbrunner C, Giustini A, Delarque A, Fialka-Moser V, Kiekens C, et al. A position paper on Physical & Rehabilitation Medicine programmes in post-acute settings. Union of European Medical Specialists Section of Physical & Rehabilitation Medicine (in conjunction with the European Society of Physical & Rehabilitation Medicine). J Rehabil Med. 2012 Apr;44(4):289–98.

35. Takáč P, Petrovičová J, Delarque A, Stibrant Sunnerhagen K, Neumann V, Vetra A, et al. Position paper on PRM and persons with long term disabilities. Eur J Phys Rehabil Med. 2014 Aug;50(4):453–64.

36. Brubaker BH. Health promotion: a linguistic analysis. ANS Adv Nurs Sci. 1983 Apr;5(3):1–14.

37. AHRQ. Health maintenance in the long term care setting. [Internet]. Available from: https://www.guideline.gov/summaries/summary/45523

38. World Health Organization. Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences. 2009.

39. Rimmer JH, Rowland JL. Health promotion for people with disabilities: implications for empowering the person and promoting disability-friendly environments. Journal of Lifestyle Medicine. :409–20.

40. Lollar D, Crews JE. Prevention. Albrecht GA Encyclopedia of Disability. 2005. 1288–1293 p.

41. Campbell ML, Sheets D, Strong PS. Secondary health conditions among middle-aged individuals with chronic physical disabilities: implications for unmet needs for services. Assist Technol Off J RESNA. 1999;11(2):105–22.

42. Kinne S, Patrick DL, Doyle DL. Prevalence of secondary conditions among people with disabilities. Am J Public Health. 2004 Mar;94(3):443–5.

43. Santiago M, Coyle C. Leisure-time physical activity and secondary conditions in women with physical disabilities. Disabil Rehabil. 2004 Apr 22;26(8):485–94.

44. Rimmer JH, Chen M-D, Hsieh K. A conceptual model for identifying, preventing, and managing secondary conditions in people with disabilities. Phys Ther. 2011 Dec;91(12):1728–39.

45. Froehlich-Grobe K, Jones D, Businelle MS, Kendzor DE, Balasubramanian BA. Impact of disability and chronic conditions on health. Disabil Health J. 2016 Oct;9(4):600–8.

46. Cifu, David X. Braddom’s physical medicine & rehabilitation. Fifth edition. Philadelphia, PA: Elsevier, 2016; 1232 p.

47. Moore SC, Lee I-M, Weiderpass E, Campbell PT, Sampson JN, Kitahara CM, et al. Association of Leisure-Time Physical Activity With Risk of 26 Types of Cancer in 1.44 Million Adults. JAMA Intern Med. 2016 Jun 1;176(6):816–25.

48. Reis RS, Salvo D, Ogilvie D, Lambert EV, Goenka S, Brownson RC, et al. Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. Lancet Lond Engl. 2016 Sep 24;388(10051):1337–48.

49. Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, Finkelstein EA, Katzmarzyk PT, van Mechelen W, et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. Lancet Lond Engl. 2016 Sep 24;388(10051):1311–24.

50. Moser N-T, Fischer K, Korsukéwitz C. Prevention as a pension insurance task: innovative models complementing proven concepts. Rehabil. 2010 Apr;49(2):80–6.

51. Wald A, Rössy W, Frauendorf H. Prevention of falls among the elderly - therapy of gait disturbance. Phys Med Rehab Kuror. 2002;41–4.

52. Chahal J, Lee R, Luo J. Loading dose of physical activity is related to muscle strength and bone density in middle-aged women. Bone. 2014 Oct;67:41–5.

53. Savage PD, Sanderson BK, Brown TM, Berra K, Ades PA. Clinical research in cardiac rehabilitation and secondary prevention: looking back and moving forward. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2011 Dec;31(6):333–41.

54. Veerbeek JM, van Wegen E, van Peppen R, van der Wees PJ, Hendriks E, Rietberg M, et al. What is the evidence for physical therapy poststroke? A systematic review and meta-analysis. PloS One. 2014;9(2):e87987.

55. Berry A, Beattie K, Bennett J. Physical Activity and Movement : A Guideline for Critically Ill Adults. 2014.

56. Frontera W. DeLisa’s Physical Medicine and Rehabilitation. Lippincott Williams & Wilkins; 2010. Frontera W.; 1594 p.

57. Powell KE, Paluch AE, Blair SN. Physical activity for health: What kind? How much? How intense? On top of what? Annu Rev Public Health. 2011;32:349–65.

58. Hutzler Y, Sherrill C. Defining adapted physical activity: international perspectives. Adapt Phys Act Q APAQ. 2007 Jan;24(1):1–20.

59. Figoni SF. Cycle of Disability: National Handicapped Sports-Adapted Fitness Instructor Handbook. Rockville.

60. Preede L, Saebu M, Perrin PB, Nyquist A, Dalen H, Bautz-Holter E, et al. One-year trajectories of mental and physical functioning during and after rehabilitation among individuals with disabilities. Health Qual Life Outcomes. 2015 Aug 28;13:135.

61. Archer E, Blair SN. Physical activity and the prevention of cardiovascular disease: from evolution to epidemiology. Prog Cardiovasc Dis. 2011 Jun;53(6):387–96.

62. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet Lond Engl. 2012 Jul 21;380(9838):219–29.

63. Freyssin C, Blanc P, Verkindt C, Maunier S, Prieur F. Effect of long-term physical activity practice after cardiac rehabilitation on some risk factors. Int J Rehabil Res Int Z Rehabil Rev Int Rech Readaptation. 2011 Dec;34(4):357–9.

64. Myers J, Prakash M, Froelicher V, Do D, Partington S, Atwood JE. Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. N Engl J Med. 2002 Mar 14;346(11):793–801.

65. Izawa KP, Yamada S, Oka K, Watanabe S, Omiya K, Iijima S, et al. Long-term exercise maintenance, physical activity, and health-related quality of life after cardiac rehabilitation. Am J Phys Med Rehabil. 2004 Dec;83(12):884–92.

66. Scott A, Gidlow C. Clinical Exercise Science. Routledge. 2016. 336 p.

67. British Thoracic Society. Quality Standards for Pulmonary Rehabilitation in Adults [Internet]. Vol. 6. 2014. 29 p. Available from: https://www.brit-thoracic.org.uk/document-library/clinical-information/pulmonary-rehabilitation/bts-quality-standards-for-pulmonary-rehabilitation-in-adults/

68. Meshe OF, Claydon LS, Bungay H, Andrew S. The relationship between physical activity and health status in patients with chronic obstructive pulmonary disease following pulmonary rehabilitation. Disabil Rehabil. 2017 Apr;39(8):746–56.

69. Furie KL, Kasner SE, Adams RJ, Albers GW, Bush RL, Fagan SC, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2011 Jan;42(1):227–76.

70. Lee CD, Folsom AR, Blair SN. Physical activity and stroke risk: a meta-analysis. Stroke. 2003 Oct;34(10):2475–81.

71. van de Port IGL, Kwakkel G, Bruin M, Lindeman E. Determinants of depression in chronic stroke: a prospective cohort study. Disabil Rehabil. 2007 Mar 15;29(5):353–8.

72. English C, Hillier SL. Circuit class therapy for improving mobility after stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jul 7;(7):CD007513.

73. Brazzelli M, Saunders DH, Greig CA, Mead GE. Physical fitness training for stroke patients. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Nov 9;(11):CD003316.

74. Pang MYC, Ashe MC, Eng JJ, McKay HA, Dawson AS. A 19-week exercise program for people with chronic stroke enhances bone geometry at the tibia: a peripheral quantitative computed tomography study. Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA. 2006;17(11):1615–25.

75. Carin-Levy G, Kendall M, Young A, Mead G. The psychosocial effects of exercise and relaxation classes for persons surviving a stroke. Can J Occup Ther Rev Can Ergother. 2009 Apr;76(2):73–80.

76. Chen M-D, Rimmer JH. Effects of exercise on quality of life in stroke survivors: a meta-analysis. Stroke. 2011 Mar;42(3):832–7.

77. Saunders DH, Sanderson M, Hayes S, Kilrane M, Greig CA, Brazzelli M, et al. Physical fitness training for stroke patients. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Mar 24;3:CD003316.

78. Ivey FM, Hafer-Macko CE, Macko RF. Exercise rehabilitation after stroke. NeuroRx J Am Soc Exp Neurother. 2006 Oct;3(4):439–50.

79. Sveen U, Thommessen B, Bautz-Holter E, Wyller TB, Laake K. Well-being and instrumental activities of daily living after stroke. Clin Rehabil. 2004 May;18(3):267–74.

80. Lennon O, Carey A, Gaffney N, Stephenson J, Blake C. A pilot randomized controlled trial to evaluate the benefit of the cardiac rehabilitation paradigm for the non-acute ischaemic stroke population. Clin Rehabil. 2008 Feb;22(2):125–33.

81. Ginis KAM, Hicks AL, Latimer AE, Warburton DER, Bourne C, Ditor DS, et al. The development of evidence-informed physical activity guidelines for adults with spinal cord injury. Spinal Cord. 2011 Nov;49(11):1088–96.

82. British Society of Rehabilitation Medicine. Working Party Report on Traumatic Brain Injury. 1998 London;

83. WHO. WHO global disability action plan 2014–2021: Better health for all people with disability. 2014.

84. Gutenbrunner C, Negrini S, Kiekens C, Zampolini M, Nugraha B. The Global Disability Action Plan 2014-2021 of the World Health Organisation (WHO): a major step towards better health for all people with disabilities. Chance and challenge for Physical and Rehabilitation Medicine (PRM). Eur J Phys Rehabil Med. 2015 Feb;51(1):1–4.

85. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization, 2001 [Internet]. 2001. Available from: http://www.who.int/classifications/icf/en/

86. 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.

87. Selb M, Gimigliano F, Prodinger B, Stucki G, Pestelli G, Iocco M, et al. Toward an International Classification of Functioning, Disability and Health clinical data collection tool: the Italian experience of developing simple, intuitive descriptions of the Rehabilitation Set categories. Eur J Phys Rehabil Med. 2017 Apr;53(2):290–8.

88. Prodinger B, Scheel-Sailer A, Escorpiso R, Stucki G. UEMS PRM Workshop report: toward the development of clinical assessment schedules for specified rehabilitation services. Eur J Phys Rehabil Med. 2016;

89. Schopp LH, Sanford TC, Hagglund KJ, Gay JW, Coatney MA. Removing service barriers for women with physical disabilities: promoting accessibility in the gynecologic care setting. J Midwifery Womens Health. 2002 Apr;47(2):74–9.

90. 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.

91. Kiekens C, DE Tavernier J. Ethical choices in rehabilitation. Eur J Phys Rehabil Med. 2016 Aug;52(4):419–21.

92. Peter Paul Verbeek. Moralizing Technology. Understanding and designing the morality of things. The University of Chicago Press Books. 2011.

93. Kiekens C, Van Rie K, Leys M, Cleemput I, Smet M, Kesteloot K, et al. Organisation and financing of musculoskeletal and neurological rehabilitation in Belgium. KCE study 2005-18 Health Services Research (HSR). [Internet]. Available from: https://kce.fgov.be/publication/report/organisation-and-financing-of-musculoskeletal-and-neurological-rehabilitation-in-

**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: Carlotte Kiekens, Pedro Cantista, Maria Gabriella Ceravolo, Nicolas Christodoulou, Alain Delarque, Christoph Gutenbrunner, Saša Moslavac, Enrique Varela-Donoso, Anthony B Ward, Mauro Zampolini, Stefano Negrini.
* Учасники: Filipe Antunes, Paolo Boldrini, Christoph Gutenbrunner, Alvydas Juocevicius, Carlotte Kiekens, François Constant Boyer, John PS Burn, Pedro Cantista, Mark Delargy, Gordana Devečerski, Enrique Varela-Donoso, Calogero Foti, Alessandro Giustini, Jean-Jacques Glaesener, Jacinta McElligott, Angela McNamara, Anda Nulle, Aydan Oral, Daiana Popa, Christina-Anastasia Rapidi, Amandine Rapin, Katharina Stibrant Sunnerhagen, Peter Takáč, Jiri Votava, Andreas Winkelmann, Jan HB Geertzen, Kurt Hoppe, Ilse J.W. van Nes, Steven Rimbaut, Rochelle T. Dy, Christof A.J. Smit, Raquel Valero, Anthony B Ward, Alain Yelnik.
* Редактори перекладу українською мовою: Володимир Голик, Олександр Владимиров

## Таблиці

Таблиця І. *Матриця реабілітаційних послуг*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Рівень медичної допомоги | Типи послуг | | |
| A. Гостра допомога | Б. Підгостра допомога | В. Довготривала допомога |
| Третинний  рівень медичної допомоги | A.1: Палати гострої реабілітації  A.2: Мобільні команди гострої реабілітації | Б.1: Стаціонарні відділення підгострої реабілітації | В.1: Періодичні стаціонарні реабілітаційні установи |
| Вториний  рівень медичної допомоги | A.1: Палати гострої реабілітації  A.2: Мобільні команди гострої реабілітації | Б.1: Стаціонарні відділення підгострої реабілітації  Б.2: Амбулаторні відділення підгострої реабілітації  Б.3: Моно-професійні підгострі установи під наглядом / керівництвом лікаря ФРМ | В.1: Періодичні стаціонарні реабілітаційні установи |
| Первинний  рівень медичної допомоги | - | Б.2: Амбулаторні відділення підгострої реабілітації  Б.3: Моно-професійні підгострі установи під наглядом / керівництвом лікаря ФРМ | В.2: Реабілітаційні центри первинної допомоги  В.3: Моно-професійні підгострі установи під наглядом/керівництвом лікаря ФРМ  В.4: Реабілітаційні послуги, що надаються в громаді (РНГ) |

Таблиця ІІ - *Оцінка лікарів фізичної та реабілітаційної медицини*

|  |
| --- |
| Відповідні навички та поведінка |
| 1. Комунікаційні та міжособистісні навички.  2. Повага, ввічливість і співчуття до персоналу, пацієнтів та родин.  3. Ефективне управління стаціонаром фізичної та реабілітаційної медицини.  4. Ефективна практика фізичної та реабілітаційної медицини в клініці та в громаді.  5. Процедурні навички та призначення.  6. Розвиток команди.  7. Розвиток установи.  8. Адекватна реакція та навчання від скарг та несприятливих інцидентів.  9. Участь у безперервному професійному розвитку, клінічному управлінні та поліпшенні якості.  10. Участь у мульти-професійному навчанні та дослідженнях. |
| Відповідні методи документування та оцінювання |
| 1. Самооцінка та індивідуальна рефлексія.  2. Звітування про послуги: діяльність та результати.  3. Зворотний зв'язок для багатьох джерел.  4. Аудиторські звіти, анонімні клінічні листи та виписні епікризи.  5. Задоволення пацієнта.  6. Звітування про побічні дії.  7. Скарги та похвали.  8. Протоколювання освіти.  9. Протоколювання навчання та зворотного зв’язку.  10. Грантові заявки, результати досліджень та публікації.  11. Мульти-професійна експертна оцінка.  12. План персонального розвитку. |

Таблиця ІІІ. – *Звітування про послугу*

|  |
| --- |
| Основні цінності  (повага, співчуття, допомога) |
| Основні форми поведінки  (безпечна, ефективна, допоміжна, чуйна та добре керована) |
| Документація та оцінювання |
| 1. Національні стандарти для цієї конкретної реабілітаційної установи стосовно кадрового забезпечення, приміщень та навчання. |
| 2. Національна оцінка результату (це може вимагати звітування до національної бази даних)  суміш клінічних випадків  тривалість очікування  тривалість перебування  входи до реабілітації  результати реабілітації  напрямок виписки та довгостроковий результат  як мінімум, пропонується, щоб всі пацієнти мали щонайменше один узгоджений показник результату, який би оцінювався при надходженні та виписці з програми. |
| 3. Узгодження та досягнення цілей  як мінімум, пропонується, щоб всі пацієнти, що надходять до реабілітаційної програми, мали набір цілей, встановлених та погоджених між командою та пацієнтом / родиною протягом визначеного часу після надходження |
| 4. Звітування про несприятливі події, невеликі промахи та інші несприятливі переживання пацієнта. |
| 5. Зворотній зв’язок з пацієнтом в режимі реального часу, задоволення пацієнтів при виписці з реабілітаційної програми або з клініки, звіти фокус-груп, похвали та скарги. |

Малюнки

Малюнок 1. Стратифікована модель реабілітації93



СКП: система класифікації пацієнтів

1. Щодо специфічної ролі ФРМ у профілактиці, лікуванні та реабілітації при специфічних розладах або обмеженнях життєдіяльності дивись Книгу сфери компетентностей у ФРМ (Book on the Field of Competence of PRM), що видана Комітетом професійної практики Секції ЄСМС-ФРМ ([www.euro-prm.org](http://www.euro-prm.org) ) [↑](#footnote-ref-1)