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

Розділ 11 – Виклики та перспективи майбутнього ФРМ

**Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини**

**РЕЗЮМЕ**

У контексті Білої Книги з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ), цей документ займається майбутніми перспективами ФРМ у Європі відповідно до сучасного бачення європейських органів. Всі розділи підкреслюють великі зміни, з якими стикається Європа в плані демографії, очікуваної тривалості життя, показників виживаності, тягаря обмежень життєдіяльності, зростання поширеності довготривалих станів здоров'я, технологічного прогресу, а також витрат на охорону здоров'я і змін в суспільстві, зважаючи на потреби в благополуччі та якості життя разом зі здоров'ям. Всі ці виклики поєднуються зі специфікою ФРМ, яка є медичною спеціальністю, що зосереджує увагу на всій людині та її функціонуванні при різних станах здоров'я, з метою забезпечення найкращої участі шляхом покращення активності та зменшення порушень. Представлені можливі наслідки цих змін у майбутній еволюції клінічної практики, послуг, освіти та досліджень ФРМ. Крім того, представлено бачення прогресу в області гармонізації розвитку ФРМ в усій Європі та можливий внесок ФРМ у планування політики.

*Посилання на оригінальну версію статті*: European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 11. Challenges and perspectives for the future of PRM. Eur J Phys Rehabil Med. 2018 Apr;54(2):311-321.

*Посилання на українську версію статті*: Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРM) в Європі. Розділ 11. Виклики та перспективи майбутнього ФРМ. Український журнал фізичної та реабілітаційної медицини . 2018…..

**Ключові слова**: Фізична та реабілітаційна медицина, Європа, прогнозування, медичні послуги, освіта, дослідження.

**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.

У цьому розділі основна увага приділяється майбутнім перспективам ФРМ у Європі відповідно до сучасного бачення європейських органів. Всі розділи підкреслюють великі зміни, з якими стикається Європа в плані демографії, очікуваної тривалості життя, показників виживаності, тягаря обмеження життєдіяльності, зростання поширеності довготривалих станів здоров'я, технологічного прогресу, а також витрат на охорону здоров'я і змін в суспільстві з точки зору потреб в благополуччі та якості життя разом зі здоров'ям. Всі ці виклики поєднуються зі специфікою ФРМ, яка є медичною спеціальністю, що зосереджує увагу на всій людині та її функціонуванні при різних станах здоров'я, з метою забезпечення найкращої участі шляхом покращення активності та зменшення порушень. Метою цього розділу є представлення впливу цих змін на клінічну практику, розвиток послуг, освіти та досліджень ФРМ. Крім того, представлено бачення прогресу в області гармонізації розвитку ФРМ в усій Європі та можливий внесок ФРМ у планування політики.

**Розвиток послуг фізичної та реабілітаційної медицини**

Навіть якщо ніхто не зможе точно передбачити майбутнє, деякі тенденції демографії, епідеміології та суспільного ставлення, ймовірно, триватимуть і наступні 10-30 років. Ось деякі з них:

* тривалість життя буде надалі зростати, і люди з довготривалими станами здоров'я, що призводять до обмежень життєдіяльності та наявними обмеженнями життєдіяльності будуть жити довше. Деякі проблеми літних людей, такі як кволість, деменція та труднощі в пересуванні, самообслуговуванні та спілкуванні, будуть зростати. Це збільшить потребу в реабілітації1;
* через прогрес у лікуванні, виживання після важких захворювань (включаючи рак) та травм ще більше збільшиться. Багато з цих захворювань будуть еволюціонувати в хронічні стани здоров'я, одночасно багато людей, що вижили після захворювань, будуть зазнавати певні обмеження життєдіяльності: більшість з них будуть потребувати реабілітації;
* також, нові інфекційні захворювання можуть призвести до збільшення потреби у реабілітації (одним з останніх прикладів є епідемія вірусу Зіка);
* майже в усіх європейських країнах демографічні зміни сформують певний тиск на соціальні системи. Одним із наслідків цього буде потреба у тривалішому робочому житті. Отже, потреба в професійній реабілітації може також збільшитись;
* інші соціальні еволюції, такі як зростаюча нерівність та розрив у співвідношенні багаті/бідні2,3, або функція сімей та доглядачів, значною мірою змінить контекстуальні фактори, потребуючи нових рішень для зменшення обмежень активності та досягнення найкращої можливої участі;
* прогрес у сфері управління технологіями та цифровими даними розвивається з надзвичайно високою швидкістю. Деякі з цих технологій вже використовуються в реабілітації, але ця тенденція прискориться у найближчі роки. ФРМ повинна долучитись до цього розвитку та взяти лідерство у розробці та використанні нових технологій для покращення функціонування осіб з обмеженнями життєдіяльності;
* тривалість незалежного та активного життя та якість життя населення також буде надалі зростати. Це збільшить попит на складні та інноваційні реабілітаційні програми та стратегії;
* оскільки витрати на охорону здоров'я продовжуватимуть зростати, буде потрібно все більше і більше, щоб лікування ґрунтувались на доказах та демонструвало економічну ефективність. Таким чином, потреба в наукових дослідженнях в сфері ФРМ буле надалі збільшуватись;
* нарешті, але не менш важливо, країни з низьким і нижче середнього рівнями доходу будуть мати підвищений попит на імплементацію реабілітаційних послуг та навчання фахівців з реабілітації (це буде, зокрема, у країнах Африки південніше Сахари та деяких країнах Південно-Східної Азії). Європейська ФРМ буде стикатися з викликами сприяння вирішенню цієї проблеми, яка буде впливати на гуманітарний стан, розвиток та громадське здоров’я.

З цих прикладів ясно, що потреба в реабілітації буде надалі збільшуватися у майбутньому, та перед нами стоять багато викликів. Як вже було сказано, реабілітація буде стратегією охорони здоров'я ХХІ століття4. Які наслідки для ФРМ можуть бути результатом вищезгаданих викликів? Це потребує обговорення в усіх Європейських органах ФРМ, та розробки європейської стратегії. Проте деякі пункти вже можуть бути визначені:

* Оскільки потреба в лікарях ФРМ зростатиме, ми повинні забезпечити:
  + - достатній потенціал резидентури та навчальних програм і приваблення молодих лікарів до кар'єри в ФРМ;
    - достатню кількість лікарів, які навчаються ФРМ (це, в основному, є політичною проблемою);
    - доступність та повну кваліфікацію фахівців з реабілітації, які повинні бути частиною реабілітаційної команди;
* Ми повинні забезпечити, щоб майбутні лікарі ФРМ володіли достатніми навичками і здібностями для тренування пацієнтів з серйозними і комплексними проблемами на всіх етапах і на всіх рівнях охорони здоров'я. Це включає:
  + Реабілітацію літніх людей;
  + Реабілітація впродовж гострої та ранньої підгострої фаз;
  + «Високоякісну» реабілітацію для пацієнтів зі складними і специфічними потребами, такими як трансплантація органів, регенеративна терапія, множинна травма, спинномозкова травма, специфічні типи злоякісних пухлин та багато іншого;
  + Знання та досвід сучасних технологій реабілітації;
  + Навички у вирішенні складних психосоціальних проблем
* Потребує обговорення необхідність акредитації різних областей ФРМ у майбутньому, таких як «Реабілітація для літних людей», «Реабілітація в гострому періоді», «Реабілітація больового синдрому», «Реабілітація черепно-мозкової та спинномозкової травми», «Професійна реабілітація», «М’язово-скелетна реабілітація», «Кардіо-респіраторна реабілітація », «Реабілітація раку» та інші;
* Дослідницька діяльність повинна суттєво підвищуватися і поліпшуватися, включаючи патофізіологію станів здоров'я, що призводять до обмежень життєдіяльності, механізм реабілітаційних інтервенцій, допоміжні технології, результати реабілітаційних програм;
* Всередині спільноти ФРМ повинні бути розроблені стратегії адекватного реагування на виклики суспільства в Європі та сусідніх регіонах, *напр.* відповідь на демографічні зміни, зрушення очікувань суспільства, необхідність більшої реабілітації в країнах з низьким рівнем ресурсів тощо.

Потрібно враховувати також і інший виклик (це також може бути можливістю). Інші фахівці охорони здоров'я підвищують свої знання та навички та мають тенденцію проводити реабілітацію самостійно та / або намагатися керувати реабілітаційною командою. У деяких країнах професійні групи терапевтів борються з лікарями ФРМ та вимагають піклування за повним процесом реабілітації. У багатьох інших країнах існує гарне співробітництво з повагою до завдань та досвіду один одного для роботи в команді. Звичайно, не може бути сприйнятим, якщо одна професія відкидає роль іншої, тому, особливо в реабілітації, головним принципом повинна бути спільна мульти-професійна командна робота під керівництвом лікарів ФРМ5. Треба вітати, якщо будь-яка професія охорони здоров'я має намір належним чином співпрацювати для допомоги особам з обмеженими можливостями або зі станами, що обмежують життєдіяльність, беручи участь у мульти-професійній команді під керівництвом лікаря ФРМ. Також вітаються усі дійсні внески з наукових досліджень від будь-якого фахівця з реабілітації, коли вони інтегровані в мульти-професійну командну роботу, включаючи лікаря ФРМ. Ще однією важливою проблемою може стати тиск з боку національних систем охорони здоров'я, але також пацієнтів, щоб краще справлятися з тягарем обмежень життєдіяльності та старіння, що може призвести до створення нових закладів ФРМ в руках лікарів, які не є лікарями ФРМ, *напр.* інших фахівців, які входять до сфери ФРМ. Це, по суті, може також бути результатом нестачі робочої сили лікарів ФРМ у зв'язку з підвищенням потреб. Урядам і міністерствам охорони здоров'я слід створювати або розвивати спеціальність ФРМ в країнах, де вона ще не існує, або лікарів ФРМ дуже мало; вони повинні створити умови для навчання медичних спеціалістів з ФРМ в своїх країнах (або на ранній стадії, з навчанням в інших країнах з визнаним досвідом і придатністю для навчання). Необхідно заохочувати та сприяти вільному пересуванню професіоналів, у цьому випадку - лікарів ФРМ, між державами Європейського Союзу. У цілому, здається очевидним, що спеціальність Фізична та Реабілітаційна Медицина повинна дуже інтенсивно працювати над вирішенням майбутніх проблем та брати відповідальність за суспільство, системи охорони здоров'я та осіб, які страждають на важкі та/або довготривалі стани здоров'я, зазнаючи обмежень життєдіяльності.

**Освіта**

Зараз ми стикаємося з вражаючим збільшенням очікуваної тривалості життя як в країнах з високим, так і низьким або середнім рівнем доходу. Старіння населення разом із зниженням смертності після важких травм та гострих захворювань призведе до збільшення потреби в реабілітаційних службах у всіх європейських країнах, де очікується також високий рівень життя. Більш того, розвиток технологій сприяє широкому доступу до інформації, що спрямовує людей з обмеженнями життєдіяльності вимагати надання належної реабілітації, забезпечення рівного доступу до лікарень і громадських установ для відповідальної допомоги своїм хронічним проблемам зі здоров'ям. Останнє, але не менш важливе, два останніх десятиліття продемонстрували експоненціальний розвиток допоміжних та інформаційних технологій, автоматизації та інформатизації домашніх господарств, біоінженерії, робототехніки та телереабілітаціі. В той же час розквітають знання про нейрональні основи рухового контролю, прийняття рішень і функціонального відновлення: очікується, що міждисциплінарні дослідження, які об'єднують нейронауки з інженерним потенціалом, забезпечать фахівцям реабілітації широкий спектр інноваційних діагностичних та терапевтичних інструментів. В результаті очікується зростання рівня реабілітаційної допомоги (включно із забезпеченням якості та інтервенціями, що ґрунтуються на наукових даних) та освіти лікарів ФРМ. Післядипломне навчання з ФРМ повинно стимулювати майбутніх фахівців приймати суворий науковий підхід до клінічної практики та розвивати їх схильність до безперервного навчання та самооцінки. Крім того, для задоволення зростаючого попиту на послуги, лікарі ФРМ повинні бути зобов'язаними оцінювати та забезпечувати сталість шляхів допомоги та протоколів втручання в умовах міцного альянсу з політиками, при тому не відмовляючись від справедливості. Збільшення циркуляції громадян ЄС за межами національних кордонів стане ще одним стимулом для необхідності гармонізації навчання ФРМ і надання реабілітації по всіх європейських країнах. У підсумку, ці еволюції вимагатимуть зіткнення на двох рівнях: додипломне навчання для збільшення обізнаності майбутніх лікарів про ФРМ; підготовка спеціалістів - лікарів ФРМ, з одного боку, з метою збільшення їх кількості з огляду на зростаючі потреби, з іншого - підвищення їх компетентностей та спроможності управляти більшою кількістю пацієнтів із зменшенням ресурсів (використання технологій, а також прийняття найкращих практик на підставі ефективності, продуктивності, а також результативності). Ці проблеми будуть вирішуватися завдяки діям Ради ЄСМС-ФРМ з її внеском у визначення основних навчальних програм для додипломного навчання та підготовки спеціалістів.

**Дослідження**

Говорити про майбутнє завжди є великою проблемою. Більш того, коли залучені дослідження, існує ще один фактор, крім непередбачуваності людських подій: непередбачуваність дослідників і шляхів зростання знань, якими рідко можуть бути керованим ззовні. Проте, в ФРМ є визначеність: дослідження неухильно ростуть6, і це призведе до великих змін в нашій перспективі. Постійно зростає швидкість загальних знань про людську істоту: це означає, що майбутнє досліджень прийде ще швидше, ніж зазвичай очікувалося. У цьому розділі, замість того, щоб робити будь-яке реальне попереднє бачення, ми будемо розглядати загальні сценарії складних досліджень, а також їх відповідні потреби. За загальним сценарієм ми стикаємося з періодом скорочення ресурсів. Безперервне вдосконалення медицини зумовило зростання темпів виживання, що призвело до старіння населення та збільшення обмежень життєдіяльності та хронічних станів. На жаль, всі системи охорони здоров'я в Європі досягли того, що вважається максимальною можливістю поглинання ресурсів (від 7% до 10% валових доходів країни), і тому слід зосередити увагу на тому, як робити з меншими витратами ті ж (або ще краще) самі процедури. Швидкий розвиток молекулярно-генетичних досліджень дозволить виявити передумови для різних розладів з зниженою функцією, для індивідуальних здібностей для реабілітації та підвищення рівня знань про нейрональну пластичність. Це матиме вплив на інші частини спектру МКФ, і це спонукає ФРМ стати активною частиною трансляційних досліджень. Інший цікавий момент - це поступове збільшення технологій. Мабуть, в медицині ми стикаємося з тим же процесом, з яким стикалося промислове виробництво понад століття тому: технологія, схоже, дозволяє збільшити наші результати, а в ФРМ це відбувається головним чином за допомогою робототехніки та протезування / ортезування, але також за допомогою віртуальної реальності і ігрових терапій. Ще одна чітка проблема сучасних європейських суспільств - це прогресивний рух медичних потреб з середини лікарень назовні: люди хочуть залишатися вдома і вважають за краще лікуватися там, зростає хронізація, та лікарні дорого коштують. У той же час, телемедицина зростає у всіх областях медицини. Всі ці ситуації значно кидають виклик ФРМ та її дослідженням. Це чітко можливо поєднувати з необхідністю збільшення результатів, орієнтованих на персону, які є найбільш значущими для наших пацієнтів та суспільств. Ще одним важливим викликом э необхідність зміни розподілу фінансування, оскільки нинішнє повністю засноване на спеціальностях з анатомії / функції організму7. Рутинна робота ФРМ значно змінюється. Хоча впровадження гострої фази вже добре зарекомендувало себе, нові фази вивчаються і вдосконалюються, такі, як пре-абілітація8 та / або підтримка або пост- реабілітація. Це кидає виклик усій організації ФРМ, яка, ймовірно, повинна трансформуватися в трансверзальне відділення, включаючи всіх лікарів ФРМ і фахівців з реабілітації, задля допомоги пацієнтам правильно переміщатися протягом різних фаз: інсультні блоки або блоки спинно-мозкової травми вже були описані, але проблема є загальною для всіх патологій, а не тільки цих двох. Ще одна проблема полягає в поліпшенні як клінічних, так і організаційних компетентностей фахівців з реабілітації, які пов'язані з нашою фактичної професійною позицією і розвивають її. Проблема класифікацій (МКФ, але не тільки) та реімбурсації лікування ФРМ в усьому світі залишається актуальним і не є вирішеним. Місце ФРМ у загальній картині системи здоров'я стає все більш чітким. Всі ці виклики в контексті ФРМ потребують конкретних досліджень. Але дослідження про організацію, з одного боку, є більш складними, а з іншого - менш корисним з точки зору імпакт-фактору. Фінансування, отже, отримати складніше, але, тим не менш, це терміново необхідно. У загальному дослідницькому сценарії існують певні чіткі тенденції. Дослідження нижнього рівня залишаються дуже практичними, але доказова медицина чітко продемонструвала важливість запуску рандомізованих контрольованих досліджень (РКД). У той же час зростають важливість клінічного досвіду і уподобань пацієнтів, що пов'язано із застосуванням нових методів якісних досліджень, в тому числі Narrative Medicine[[1]](#footnote-1)‡. Трансляційні дослідження для пошуку кореляцій між молекулярними результатами і функцією, активністю та участю стають все більш важливими. У фармакології, щоб мати можливість знайти навіть невеликі зміни, що виникають внаслідок лікування, РКД зараз залучають тисячі пацієнтів: це вимагає створення великих мереж, але також і великих грошей для проведення досліджень. В рамках цієї же тенденції спостерігається збільшення продукування метааналізів і метадосліджень зі створенням великих баз даних і закликом щодо доступу до відкритих даних. Також зростає створення регістрів і розвиток спостережних досліджень, базованих на цих клінічних базах даних: різниця від РКД полягає в тому, що вони пропонують світу реальну клінічну повсякденну інформацію, яка іноді разюче відрізняється від результатів, отриманих в результаті експериментальних досліджень, які, за визначенням, спостерігають дуже специфічні і добре відібрані популяції. Концепція аналізу великих даних застосовується до клінік і всіх цих баз даних. У ФРМ ми далекі від цих наслідків, але ми в той же час всередині них. Мережі, бази даних, відкриті дані - це проблеми, з якими доводиться стикатися. У всякому разі, ми також не можемо ігнорувати те, що ми все ще спостерігаємо, чи є у певних методів втручання будь-яка ефективність, та це може бути досягнуто також при проведенні досліджень за участю скорочених популяцій; не можна ігнорувати й те, що наші пацієнти майже завжди мають багато супутніх захворювань, і це робить спостережні дослідження та регістри дуже цікавими для нас. Всі ці дослідницькі виклики можуть стати приводом для зростання. Одночасно ми не можемо ігнорувати, що на загальну картину впливає те, як дослідження фінансуються: щоб уникнути виключення, ми повинні в будь-якому випадку відповідати цій загальній картині. Нарешті, сценарій дослідження ФРМ. Функціональна оцінка та оцінка результатів є ключовими факторами, які ще недостатньо розвинені: у нас зараз є деякі інструменти, але шлях все ще довгий. Більш того, технологія допомагає все більше, але все це ще потребує набування загальної клінічної значущості. Розуміння того, що таке ФРМ9, змушує нас рухатися також всередину так званих гуманістичних досліджень з їх складною якісною методологією, в той час як в медичній науці, як і раніше, домінують кількісні методи дослідження та підходи. Також в ці роки змінився і статистичний аналіз: яскравим прикладом є аналіз Rasch (статистичний підхід для поліпшення наших інструментів оцінювання результатів на основі опитувальників) і його важливість у ФРМ. Це, мабуть, лише приклад, і в ФРМ є необхідність рухатися далі за межі класичної статистики, щоб зрозуміти, як краще керувати нашими даними. ФРМ за визначенням є мульти-професійною, оскільки залучає всіх інших членів команди, які не є лікарями. Як і у ФРМ, фахівці з реабілітації також виявляють, що існують методологічні проблеми при створенні оптимальних і адекватних досліджень по їх конкретним областям інтересів. Все ще відсутніми є гарна термінологія, конкретні визначення більшості практик, що застосовуються для реабілітаційних та вимірювальних інструментів. Нам не вистачає комплаєнтності. Ще не є уточненими гарні визначення для опису реабілітаційних практик (навіть якщо деякі спроби вже були зроблені10 - і нещодавно прийняті також журналами ФРМ11, і це відноситься до розділу матеріали і методи: результати досліджень, найчастіше, не можуть бути відтворені іншими командами, оскільки занадто багато невідомих. Все ще повинна бути чітко визначеною подальша фундаментальна робота, як і результати досліджень та їх застосовність. Це лише деякі приклади реальних проблем сценарію розвитку досліджень з ФРМ, але ясно, наскільки задіяна вся дослідницька сфера з ФРМ, включаючи крім дослідників, також редакторів і сторонніх платників. На закінчення, дослідження в ФРМ найближчими роками зіткнеться з низкою викликів, пов'язаних зі сценаріями розвитку досліджень взагалі і ФРМ, зокрема. Якщо підійти до них належним чином, за допомогою адекватних досліджень, проведених адекватними методами і представлених науковою літературою адекватної якості, всі ці проблеми стануть приводом для зростання репутації і важливості нашої спеціальності ФРМ.

**Гармонізація розвитку ФРМ по всій Європі**

Гармонізація ФРМ по всій Європі - це постійний процес, яким займаються Секція і Рада ФРМ ЄСМС у співпраці з Європейським товариством ФРМ і Європейською академією реабілітаційної медицини. Як наслідок, те, що буде зроблено в найближчому майбутньому, буде прямим продовженням того, що було зроблено дотепер, і буде представлено нижче. Тривалість життя зростає як в розвинених країнах, так і в країнах, що розвиваються. Що є більш важливим, покращення виживання після травми та хвороб, а також старіння населення призведе до збільшення потреби в реабілітаційних послугах у всіх європейських країнах, де очікується також висока якість життя12.

Як результат, системи реабілітації повинні постійно розвиватися з урахуванням наступних принципів:

* реабілітація після травми або хвороби та при хронічних захворюваннях є основним правом людини13;
* справедливий і легкий доступ до всіх аспектів реабілітації, включаючи спеціалізовану реабілітаційну медицину, допоміжні технології та соціальну підтримку для цілого населення в Європі;
* рівномірно високі стандарти допомоги в реабілітації, включаючи гарантію якості та втручання, ґрунтуючись на наукових доказах;
* наукова основа розробки моделей реабілітації та стандартів допомоги для керівництва клінічною практикою.

Зокрема, Комітет професійній практиці (КПП) Секції ФРМ ЄСМС багато років докладно працював, щоб описати професійні компетентності лікарів ФРМ. Про це свідчать публікації статей у міжнародних журналах. Біла книга з ФРМ в Європі, яка була опублікована в 2006 році в двох вже згадуваних журналах з ФРМ і поточний випуск третього видання Білої книги, є одним із прикладів вкладу КПП та високого рівня співпраці з іншими Європейськими органами ФРМ. Серія опублікованих дослідницьких робіт щодо ролі та компетентностей лікарів ФРМ була зібрана в електронній книзі під назвою «Сфера компетентностей лікарів фізичної та реабілітаційної терапії - частина перша»14. Ця електронна книга містить наступні опубліковані статті:

* план дій Комітету з професійної практиці Секції Фізичної і Реабілітаційної Медицини ЄСМС: опис і розвиток нашої сфери компетентностей15;
* опис та розвиток сфери компетентностей в Фізичній та Реабілітаційній Медицини в Європі - пролог до серії статей, опублікованих Комітетом професійної практики Секції ФРМ Європейського Союзу Медичних Спеціалістів (ЄСМС)16;
* міждисциплінарна команда, що працює у фізичній та реабілітаційній медицині5;
* фізична та реабілітаційна медицина в гострих закладах17;
* програми фізичної та реабілітаційної медицини в підгострих закладах18;
* фізична та реабілітаційна медицина та особи з довготривалими обмеженнями життєдіяльності19;
* нові технології, призначені для поліпшення функціонування: роль лікаря з фізичної та реабілітаційної медицини20;
* роль спеціаліста з фізичної та реабілітаційної медицини щодо дітей та підлітків з набутою черепно-мозковою травмою21;
* європейські моделі мультидисциплінарної реабілітаційної допомоги при черепно-мозковій травмі22;
* роль спеціаліста Фізичної та Реабілітаційної Медицини при лімфатичному набряку23;
* генералізований та регіональний больовий синдром м’яких тканин. Роль лікарів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Європейські перспективи, ґрунтовані на найкращих доказах24;
* запальний артрит. Роль лікарів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Європейські перспективи, ґрунтовані на найкращих доказах25;
* остеопороз. Роль лікарів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Європейські перспективи, ґрунтовані на найкращих доказах26;
* остеоартрит. Роль лікарів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Європейські перспективи, ґрунтовані на найкращих доказах27;
* менеджмент болю в спині. Роль лікарів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Європейські перспективи, ґрунтовані на найкращих доказах28;
* м’язово-скелетні порушення локальних м'яких тканин і пошкодження. Роль лікарів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Європейські перспективи, ґрунтовані на найкращих доказах29;
* лікування болю в плечах. Роль лікарів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Європейські перспективи, ґрунтовані на найкращих доказах30;
* м'язово-скелетні періопераційні проблеми. Роль лікарів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Європейські перспективи, ґрунтовані на найкращих доказах31.

В КПП тривають дослідження компетентностей наших лікарів при інших станах здоров’я, та результати будуть вперше опубліковані в зазначених журналах. Також інтенсивна робота продовжується в інших комітетах у тісній співпраці з Європейським товариством та Європейською академією. Метою є надання корисних електронних книг нашим колегам для їх повсякденної практики, а також для захисту та пропагування спеціальності ФРМ серед медичних працівників інших спеціальностей та на переговорах з органами державної системи охорони здоров'я. Дуже важлива і значна робота виконується в Комітеті клінічних стосунків (ККС) секції ФРМ ЄСМС щодо акредитації якості програм допомоги в Європі. Ця робота триває зі внеском усіх членів ККС. Як приклад роботи, що потає перед нами для досягнення всіх цих цілей, ми представляємо тут амбіційний План дій Секції та Ради ФРМ ЄСМС на період 2014-2018 рр.:

1. Загальне:
   1. Подальший розвиток відносин з ЄСМС.
   2. Розвиток відносин з усіма іншими Секціями і Радами ЄСМС, особливо з релевантними до ФРМ секціями.
   3. Тісна співпраця з ЄТФРМ та ЄАРМ: перегляд Білої книги з ФРМ у Європі 2006 р., узгоджені плани дій (з уникненням надлишкових дій).
   4. Збалансоване співробітництво з ISPRM та іншими міжнародними Органами ФРМ.
   5. Розвиток зв'язків із службами ВООЗ, які займаються Обмеженням Життєдіяльності та Реабілітацією.
   6. Сприяти плану дій ВООЗ щодо обмеження життєдіяльності та здійснити деякі заходи для його практичного здійснення.
   7. Змінити назву спеціальності ФРМ у Додатку V Директиви ЄС про професійну кваліфікацію на "Фізична та реабілітаційна медицина" та мінімальний період навчання від 3 до 4 років.
   8. Підтримати розвиток систем медичної реабілітації у країнах Східної Європи (*напр.* Росія, Україна тощо).
   9. Реорганізувати веб-сайт, щоб промотувати діяльність нашої Секції та Ради.
   10. Поширювати наші документи на інших Секції і Ради ЄСМС, для їх інформування про нашу діяльність.
   11. Сприяти імплементації МКФ (Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я) у щоденну практику ФРМ.
2. Рада:
   1. Збільшити кількість учасників Сертифікації шляхом іспитів шляхом:
   2. Надання особливих стимулів на період 2-3 роки.
   3. Інтенсивного рекламування через Національних менеджерів та Національні товариства ФРМ важливість бути “fellow” ЄРФРМ (FEBPRM), що є "Печаткою досконалості" на європейському рівні.
   4. Публікації статті, присвяченій статусу “fellow” ЄРФРМ (переваги, вигоди, шляхи досягнення статусу).
   5. Співпраці з зацікавленими країнами, щоб зробити іспити Ради національними теоретичними іспитами.
   6. Збільшити кількість акредитованих навчальних центрів у кожній країні ЄС.
   7. Підвищити ресертифікацію fellow, старших fellow, тренерів і навчальних центрів.
   8. Електронна книга для додипломного навчання з ФРМ.
   9. Гармонізація програми та навчання з ФРМ серед країн ЄС. Повторно прописати її для включення до переглянутої Білої книги з ФРМ в Європі.
   10. Підтримка безперервної медичної освіти та досліджень у сфері ФРМ (акредитація Європейського конгресу та навчальних програм, електронних книг та вибраних ресурсів тощо).
3. Комітет професійної практики:
   1. Електронна книга про Сферу компетентностей лікарів з ФРМ - Частина 2.
   2. Публікація документів про роль ФРМ у кількох службах, потреба в електронній книзі.
   3. Співпраця з Cochrane Rehabilitation Field.
   4. Розробка Стандартів практики в Європі.
4. Комітет клінічних стосунків:
   1. Подальший розвиток Європейської акредитації якості програм.
   2. Позиційний документ про права пацієнтів.
   3. Гармонізовані настанови щодо послуг з ФРМ на європейському рівні.
   4. Сприяти стандартам амбулаторної реабілітації.
5. Постійна робоча група з бальнеології:
   1. Збір всіх документів з доказової медицини для Бальнеологічних послуг
   2. Публікація позиційного документу з бальнеології.

Іншим прикладом того, як сприяти майбутній гармонізації, є відкриття в 2014 році діалогу і відносин за спеціальністю ФРМ з лікарями з Росії, які практикують частково реабілітаційну медицину або фізичну медицину. Вони бажали співпрацювати з Секцією та Радою ЄСМС з питань ФРМ, для трансформації їхньої практики відповідно до моделі Західної Європи та згодом створити спеціальність Фізична і Реабілітаційна Медицини в Росії. План був створений у співпраці з Російською асоціацією під назвою ARUR (Союз реабилитологов России). Були організовані чотири семінари, тривалістю по одному тижню кожний, у яких взяли участь 35 російських колег, консультантів декількох реабілітаційних відділень Росії. Перший семінар був організований у Вільнюсі в грудні 2014 року, другий у Москві в березні 2015 року, третій у Казані в червні 2015 року та четвертий у грудні 2015 року. Представлені лекції охоплювали всі сфери спеціальності ФРМ, як вони описані в нашій навчальній програмі. З вересня 2015 р. розпочато пілотний проект у тринадцяти регіонах Росії для порівняння старої системи реабілітації з новою системою. Проект тривав один рік, і Секції було запропоновано переглянути процес цього проекту. Кілька професорів погодилися поділитися своїми знаннями і досвідом. Вони відвідали усі 13 регіонів проекту, від Москви і Санкт-Петербурга до Казані, до Владивостоку, до Сибіру до Уралу, до Самари тощо. Учасники семінарів успішно та з ентузіазмом продовжували проект, та вони почали навчати інших молодих лікарів у Росії, щоб стати лікарями ФРМ у своїй власній країні для блага своїх пацієнтів. Співпраця ARUR з Секцією і Радою триватиме в довгостроковій перспективі, а делегати з ARUR продовжать брати участь як спостерігачі на засіданнях Секції та Ради і Європейського товариства. У 2016 році до Секції ФРМ ЄСМС звернулось нещодавно створене Українське товариство ФРМ, щоб допомогти в країні трансформації практики реабілітації та впровадження стандартів ЄС щодо Фізичної та Реабілітаційної Медицини. План дій був у значній мірі такий же, як описаний вище для Росії.

**Внесок до політичного планування**

Спеціальність ФРМ повинна бути основним співучасником сприяння створенню сучасної політиз0ки в галузі охорони здоров'я через її специфічну спрямованість на функціонування і на всю людину, а ні на окремі захворювання. Біноміальне відношення здоров'я/хвороба все більше зосереджується на "патогенезі" (підхід, зосереджений на чинниках, що спричинюють захворювання), а не на "салютогенезі" (підхід, зосереджений на факторах, що підтримують здоров'я та благополуччя людини). Однак ця парадигма повільно змінюється. Проте, поки що недостатньо обізнаності населення та політиків про дійсну значимість Функціонування для Здоров'я (в його цілісному розумінні) і в плані соціально-економічних наслідків Обмеження життєдіяльності. Фактом є те, що статистичні звіти і політична увага більшою мірою прикуті до показників дитячої смертності, захворюваності та її поширеності, або очікуваної тривалості життя, а не до функціональних показників, таких як якість життя у здоров’ї, Functional Independence Measure, Очікувана тривалість життя в здоровому стані (Healthy Life Expectancy, HALE) або Роки життя, скориговані з обмеженнями життєдіяльності (Disability-Adjusted Life-Years, DALYs). Це, безумовно, етичний принцип зробити всі наші зусилля, щоб люди вижили; також, це нормально, що це було найважливішим фокусом у Європі до прогресу медицини в останні століття. Незважаючи на це, не здається логічним, що з кращими шансами на виживання пацієнтам не надається необхідна підтримка для досягнення гарного життя. Більш того, абсолютно абсурдно вимірювання "здоров'я" масштабами смертності або оцінювання нашого життя за статистикою смерті. Ми всі знаємо, що, досягнувши чудових показників такого низького показника дитячої смертності, ми опинимося з значною кількістю дітей з важкими обмеженнями життєдіяльності, які також етично заслуговують на нашу самовідданість. Те саме можна сказати і про людей, які виживають після дуже тяжких травм, серйозних захворювань або навіть живуть значно довше в умовах хронічного станів та станів, що призводять до обмежень життєдіяльності. Всі вони заслуговують на необхідну реабілітаційну допомогу. Незважаючи на те, що ФРМ зосереджує свою увагу на всіх цих аспектах, це поки що не зрозуміло для політиків та загальної популяції. МКФ була розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я та прийнята ФРМ в якості довідкової системи. Але це ще не так на більш загальному рівні, навіть якщо є приклади застосування не тільки в освіті, але навіть у таких галузях, як інженерія та архітектура. У наступні роки критичним є внесок ФРМ у перенесення фокусу з рівня смертності і захворюваності тільки на здоров'я і функціонування. Ще одним питанням є розподіл ресурсів охорони здоров’я між послугами для гострих та довготривалих станів здоров'я, включаючи обмеження життєдіяльності та стани здоров'я, які призводять до обмежень життєдіяльності. Ми сьогодні спостерігаємо великі зусилля, спрямовані на надання гострої допомоги, з благородною метою збереження більшої кількості життів. І навпаки, немає ніяких порівнянних інвестицій у невідкладну або наступну допомогу для найкращого відновлення і для досягнення максимальної функціональної продуктивності. Проте, ці інвестиції дозволять отримати не тільки переваги в якості життя і благополуччя пацієнтів, але і менші витрати на майбутню допомогу. До цього ж відноситься поспіх і пріоритетність доставлення пацієнта в гострі відділення невідкладної допомоги, в той час як реабілітація часто ігнорується або затримується. Допомога при гострих станах повинна бути порівняною з підтримкою процесу відновлення. У цьому прагненні ФРМ - це медична спеціальність, яка може забезпечити уряди необхідним досвідом у плануванні політики реабілітації відповідно до потреб населення. ФРМ може допомогти в плануванні ефективних Мереж Реабілітаційної Допомоги; надати свій досвід для розвитку відділень, обладнання та людських ресурсів; розбудові більш бажаних оперативних моделей. Ще однією зростаючою проблемою є турбота про хронічних хворих, які постійно переміщуються з одного відділення в інше, без конкретної організаційної моделі. У той час, як лікарі загальної практики можуть пропонувати адекватну компетентність при виникненні нових захворювань, пацієнти з обмеженнями життєдіяльності, або зі станами здоров’я, які спричинюють обмеження життєдіяльності, або з хронічними станами, із загостреннями або такими, що потребують безперервного догляду і підтримки, потребують гармонізації їх допомоги, створення континууму допомоги між існуючих «бункерів» національних систем охорони здоров'я в Європі. Хронічні пацієнти та особи з обмеженнями життєдіяльності пересуваються від гострої до підгострої, довготривалої, амбулаторної допомоги і домашньої допомоги в різні моменти своєї особистої клінічної історії - це потребує координації. Національні служби охорони здоров'я повинні мати спеціалізовані підрозділи, які стосуються реабілітаційної допомоги, та ФРМ повинна підвищувати знання про цю потребу. Законодавству слід враховувати право населення на реабілітаційну допомогу. Це означає, що всі страхові послуги в сфері охорони здоров’я (державні або приватні) повинні враховувати можливу потребу у реабілітаційних інтервенціях після травми, гострої хвороби або при хронічному стані, що може виникнути протягом нашого життя. При формуванні політики необхідно постійно розвивати системи реабілітації з урахуванням наступних принципів:

* Реабілітація після травми або хвороби та при хронічних захворюваннях є основним правом людини13;
* Справедливий і легкий доступ до всіх аспектів реабілітації, включаючи спеціалізовану реабілітаційну медицину, допоміжні технології та соціальну підтримку для цілого населення в Європі;
* Рівномірно високі стандарти допомоги в реабілітації, включаючи гарантію якості та втручання, ґрунтуючись на наукових доказах;
* Наукова основа розробки моделей реабілітації та стандартів допомоги для керівництва клінічною практикою. З участю ФРМ мають бути впроваджені настанови, скерування та рекомендації.

Для досягнення цих цілей необхідні наступні заходи:

* покращити загальне розуміння та усвідомлення потреб людей з обмеженням життєдіяльності;
* оприлюднити вигоди реабілітації. Це призведе до культури, в якій доступ до адекватної реабілітації розглядається як основне право людини;
* поглиблювати розуміння і співпрацю між неурядовими організаціями людей і спеціальністю ФРМ;
* створити комплексні реабілітаційні установи в Європі зі спеціалізованими і добре підготовленими реабілітаційними мульти-професійними командами під керівництвом лікарів ФРМ і добре оснащеними відділеннями реабілітації. Додатково, повинні бути створені реабілітаційні структури для реабілітації, що надається в громаді, для менеджменту хронічних захворювань, що призводять до обмежень життєдіяльності;
* заснувати системи для забезпечення того, щоб фізична та реабілітаційна медицина мала достатню кількість добре навчених та компетентних лікарів ФРМ у всіх європейських країнах;
* встановити загальні високі стандарти допомоги, що ґрунтуються на сучасних доказах. Вони повинні враховувати контроль якості та доступ до допоміжних технологій;
* включити нові технічні розробки в практику ФРМ. Це дуже важливо для підтримки реабілітації в забезпеченні кращих результатів. Все частіше технології повинні значно сприяти в Європі незалежному життю та якості життя людей з обмеженнями життєдіяльності;
* сприяти науковій діяльності та дослідженням у сфері реабілітації з адекватним фінансуванням для покращення результатів для осіб з обмеженнями життєдіяльності;
* підтримувати середовище, де люди з обмеженнями життєдіяльності можуть бути повністю залученими до суспільства. Лікар ФРМ буде працювати з людьми з обмеженнями життєдіяльності для досягнення цієї мети.

Всі ці заходи краще дозволять людям з обмеженнями життєдіяльності вносити свій суттєвий внесок у суспільство.

**Посилання**

1. WRD World Health Organisation & World Bank. World Report on Disability. 2011.

2. Reeves A, McKee M, Stuckler D. The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. Eur J Public Health. 2015 Jun;25(3):364–5.

3. Reeves A, McKee M, Mackenbach J, Whitehead M, Stuckler D. Public pensions and unmet medical need among older people: cross-national analysis of 16 European countries, 2004-2010. J Epidemiol Community Health. 2017 Feb;71(2):174–80.

4. 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.

5. 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.

6. Negrini S. Steady growth seen for research in physical and rehabilitation medicine: where our specialty is now and where we are going. Eur J Phys Rehabil Med. 2012 Dec;48(4):543–8.

7. Negrini S, Padua L, Kiekens C, Michail X, Boldrini P. Current research funding methods dumb down health care and rehabilitation for disabled people and aging population: a call for a change. Eur J Phys Rehabil Med. 2014 Dec;50(6):601–8.

8. Jensen BT, Laustsen S, Jensen JB, Borre M, Petersen AK. Exercise-based pre-habilitation is feasible and effective in radical cystectomy pathways-secondary results from a randomized controlled trial. Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer. 2016 Aug;24(8):3325–31.

9. Tesio L. I bravi e i buoni - Perche’ la medicina clinica puo’ essere una scienza. Roma: Il Pensiero Scientifico; 2015.

10. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. BMJ. 2014 Mar 7;348:g1687.

11. Negrini S. Application of the TIDieR checklist to improve understanding and replicability of studies in Physical and Rehabilitation Medicine. Eur J Phys Rehabil Med. 2015 Dec;51(6):667–8.

12. The Department of Health and Social Security. OPCS Surveys of disability in Great Britain Report 1: The prevalence of disability among adults. 1988.

13. WHO. Resolution 58.23, “Disability, including prevention, management and rehabilitation.” 2005.

14. UEMS PRM Section Professional Practice Committee. The Field of Competence of the Physical and Rehabilitation Medicine Physicians -Part One. 2014.

15. Gutenbrunner A, Delarque A. Action plan of the Professional Practice Committee-UEMS Physical and Rehabilitation Medicine Section: description and development of our field of competence. Eur J Phys Rehabil Med. 2009 Jun;45(2):275–80.

16. Gutenbrunner C, Neumann V, Lemoine F, Delarque A. Describing and developing the field of competence in Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe - preface to a series of papers published by the Professional Practice Committee of the PRM section of the Union of European Medical Specialists (UEMS). Ann Phys Rehabil Med. 2010 Dec;53(10):593–7.

17. 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.

18. 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.

19. 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.

20. Giustini A, Varela E, Franceschini M, Votava J, Zampolini M, Berteanu M, et al. UEMS--Position Paper. New technologies designed to improve functioning: the role of the physical and rehabilitation medicine physician. Eur J Phys Rehabil Med. 2014 Oct;50(5):579–83.

21. Varela-Donoso E, Damjan H, Muñoz-Lasa S, Valero-Alcaide R, Neumann V, Chevignard M, et al. Role of the physical and rehabilitation medicine specialist regarding of children and adolescents with acquired brain injury. Eur J Phys Rehabil Med. 2013 Apr;49(2):213–21.

22. McElligott J, Carroll A, Morgan J, Macdonnell C, Neumann V, Gutenbrunner C, et al. European models of multidisciplinary rehabilitation services for traumatic brain injury. Am J Phys Med Rehabil. 2011 Jan;90(1):74–8.

23. Fialka-Moser V, Korpan M, Varela E, Ward A, Gutenbrunner C, Casillas JM, et al. The role of physical and rehabilitation medicine specialist in lymphoedema. Ann Phys Rehabil Med. 2013 Jul;56(5):396–410.

24. Oral A, Ilieva EM, Küçükdeveci AA, Varela E, Valero R, Berteanu M, et al. Generalised and regional soft tissue pain syndromes. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. Eur J Phys Rehabil Med. 2013 Aug;49(4):535–49.

25. Küçükdeveci AA, Oral A, Ilıeva EM, Varela E, Valero R, Berteanu M, et al. Inflammatory arthritis. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. Eur J Phys Rehabil Med. 2013 Aug;49(4):551–64.

26. Oral A, Küçükdeveci AA, Varela E, Ilieva EM, Valero R, Berteanu M, et al. Osteoporosis. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. Eur J Phys Rehabil Med. 2013 Aug;49(4):565–77.

27. Ilieva EM, Oral A, Küçükdeveci AA, Varela E, Valero R, Berteanu M, et al. Osteoarthritis. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. Eur J Phys Rehabil Med. 2013 Aug;49(4):579–93.

28. Valero R, Varela E, Küçükdeveci AA, Oral A, Ilieva E, Berteanu M, et al. Spinal pain management. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. Eur J Phys Rehabil Med. 2013 Oct;49(5):715–25.

29. Oral A, Ilieva EM, Küçükdeveci AA, Varela E, Valero R, Berteanu M, et al. Local soft tissue musculoskeletal disorders and injuries. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. Eur J Phys Rehabil Med. 2013 Oct;49(5):727–42.

30. Varela E, Valero R, Küçükdeveci AA, Oral A, Ilieva E, Berteanu M, et al. Shoulder pain management. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. Eur J Phys Rehabil Med. 2013 Oct;49(5):743–51.

31. Varela E, Oral A, Ilieva E, Küçükdeveci AA, Valero R, Berteanu M, et al. Musculoskeletal perioperative problems. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. Eur J Phys Rehabil Med. 2013 Oct;49(5):753–9.

**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: Stefano Negrini, Pedro Cantista, Maria Gabriella Ceravolo, Nicolas Christodoulou, Alain Delarque, Christoph Gutenbrunner, Carlotte Kiekens, Saša Moslavac, Enrique Varela-Donoso, Anthony B Ward, Mauro Zampolini.
* The contributors: Maria Gabriella Ceravolo, Nicolas Christodoulou, Christoph Gutenbrunner, Stefano Negrini, Nikolaos Barotsis, Pedro Cantista, Calogero Foti, Slavica Dj. Jandrić, Črt Marinček, Xanthi Michail, Daniel Wever, Jerome Bickenbach, Kristian Borg, Leonard Li, Marta Imamura, Simon F Tang.
* Редактори перекладу українською мовою: Володимир Голик, Олександр Владимиров

1. ‡*ред.* - Narrative Medicine зміцнює клінічну практику з використанням розмовної компетентності розпізнавати, поглинати, метаболізувати, інтерпретувати і рухатись з історіями хвороби. Завдяки тренінгу з опитування, програма Narrative Medicine допомагає лікарям, медичним сестрам, соціальним працівникам, фахівцям психічного здоров'я, капеланам, науковцям та всім, хто зацікавлений у перетині розповіді та медицини, підвищити ефективність лікування, розвиваючи ці навички з пацієнтами і колегами. Наші науково-дослідницькі та інформаційно-просвітницькі місії складають концепцію, оцінюють та спрямовують ці ідеї та практики на національному та міжнародному рівнях (https://www.narrativemedicine.org/) [↑](#footnote-ref-1)