

ОБЗОРЫ. ЛЕКЦИИ. ДОКЛАДЫ. ИСТОРИЧЕСКИЕ ОЧЕРКИ

АМБУЛАТОРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И ИЗРАИЛЬСКИЙ ОПЫТ)

¹Трегер Ю. , ²Луцки Л.

¹Реабилитационный Центр «Реут», Тель-Авив, Израиль

²Больничная Касса «Клалит», Тель-Авив, Израиль

OUTPATIENT REHABILITATION (LITERATURE REVIEW AND THE ISRAELI EXPERIENCE)

¹Treger Yu, ²Lutski L.

¹Rehabilitatsionny Center «Reut», Tel- Aviv, Israel

²Bolnichnaya Cashier «Clalit», Tel- Aviv, Israel

Введение

Медицинская реабилитация представляет собой комплекс диагностических и лечебных подходов и методик, сочетанное применение которых направлено на восстановление оптимального уровня функционирования пациента дома и в обществе, и достижения наилучшего качества его жизни. Реабилитационное лечение после тяжелых травм и заболеваний является длительным и динамичным процессом, в отдельных случаях занимающим многолетний период. Именно поэтому поэтапная организация многопрофильной программы с сочетанным применением стационарной и амбулаторной реабилитации является необходимым элементом современного реабилитационного лечения.

Понятие реабилитации по месту жительства или «реабилитации на уровне общины» (РУО) впервые было сформулировано Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) после проведения в 1978 г. Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи и принятия на ней Алма-Атинской декларации [1]. РУО рассматривалась как стратегия улучшения доступа инвалидов в развивающихся странах к услугам по реабилитации. За последующие годы концепция значительно расширилась, и медицинская реабилитация заняла важное место в матрице РУО как один из элементов компонента «Здоровье» [2].

Один из активных участников разработки программы ВОЗ РУО Израильский профессор Рувен Эльдар пишет: «В отдаленных районах задачи медицинской реабилитации должны решаться путем организации проведения реабилитационных программ на амбулаторной базе по месту жительства пациента» [3]. С самого начала своего становления медицинская реабилитация как профессия развивалась в рамках стационарных отделений внутри общих больниц или

реабилитационных центров. Поэтому неудивительно, что интенсивная организация амбулаторных реабилитационных структур сталкивалась и продолжает сталкиваться с трудностями по подбору профессиональных кадров и организации работы многопрофильной команды [4]. Несмотря на сложности, различные модели амбулаторной реабилитации созданы за последние десятилетия более чем в 90 странах мира [5]. Эффективность этих методик, основанных на местных особенностях национальных систем здравоохранения, активно изучается исследователями в области организации реабилитационной службы. Так, в период между 2003 и 2012 годами было опубликовано 114 научных исследований на английском языке по вопросам организации амбулаторной реабилитации в странах с низким и средним уровнем национального дохода [6].

Задачей данного обзора является обобщение опубликованных в научной литературе данных по вопросу амбулаторной медицинской реабилитации, моделям и формам ее организации, ее функциональной и экономической эффективности, а также анализ организации амбулаторной реабилитации в Израиле.

Определение, задачи и принципы амбулаторной реабилитации

Компонент «Здоровье» программы РУО ВОЗ определяет реабилитацию как комплекс мер, позволяющих инвалидам достигать оптимального уровня функционирования в своей среде и поддерживать этот уровень; это касается лиц как с приобретенной, так и с врожденной инвалидностью. Реабилитационные услуги охватывают диапазон от базовых до специализированных и предоставляются в различных местах, например, в больницах, на дому и в общине [7]. Это определение базируется на 26-й статье «Конвенции о правах инвалидов», которая призывает принимать

эффективные и надлежащие меры к тому, чтобы наделить инвалидов возможностью для достижения и сохранения максимальной независимости, полных физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения и вовлечения во все аспекты жизни [8].

ВОЗ сформулировала 5 основных принципов РУО [9]:

- (а) использование доступных в общине ресурсов;
- (б) обучение лиц с ограниченными способностями и членов их семей соответствующим знаниям и навыкам;
- (в) участие общины в принятии решений, построении программы и контроле ее выполнения;
- (г) укрепление профессиональных служб, способных оказать помощь в построении, выполнении и контроле программы на местном, региональном и национальном уровне;
- (д) координация усилий систем здравоохранения, образования и социальной службы в оказании помощи инвалидам и их семьям в условиях общины.

Построение и укрепление регионарных профессиональных служб, способных оказать реабилитационную помощь, вне всякого сомнения, находится в сфере ответственности национальной системы здравоохранения.

Перевод пациента в структуру амбулаторной реабилитации возможен только при наличии определенных условий. Характеристики больного, позволяющие перевести его на амбулаторный этап реабилитации, сформулированы в профессиональной литературе с достаточной степенью точности [3,10]. В первую очередь, состояние больного на момент перевода должно позволять его нахождение в домашних условиях без существенной опасности для его здоровья. Факторы, определяющие это состояние, включают медицинский статус, функциональные характеристики пациента и наличие социальной поддержки по месту его проживания [10]. Помимо этого, оказание амбулаторной реабилитологической помощи требует наличия профессиональных структур и специалистов соответствующих направлений в районе проживания больного [3].

Амбулаторная реабилитация ориентирована на индивидуальные потребности больного и его семьи в большей степени, чем стационарное лечение. Проведение программы в условиях проживания больного дома позволяет сформулировать с большей точностью его индивидуальные потребности с учетом его ближайшего социального окружения. Исходя из этих потребностей, больной должен получить максимальный объем реабилитационного лечения с учетом профессиональных показаний и возможностей больного [11].

Реабилитационное лечение проводится силами многопрофильной профессиональной команды в рамках единой индивидуальной программы. В амбулаторных условиях формулировка работы согласно данному принципу является непростой задачей. В отличие от стационарного лечения, амбулаторная команда формируется каждый раз заново исходя из потребностей реабилитационной программы данного пациента. В этих условиях согласование действий различных членов профессионального коллектива становится первостепенной задачей и требует осо-

бых усилий руководителя программы [12].

В ходе проведения реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях требуется активное участие пациента и его семьи в организации и проведении программы и использование активных с позиций пациента реабилитационных методик. Нахождение пациента дома позволяет эффективно использовать элементы домашней обстановки для проведения лечебных сессий и самостоятельного тренинга [13].

Модели амбулаторной реабилитации

Амбулаторная реабилитация может быть организована на базе стационарного реабилитационного центра, либо в условиях поликлинического отделения. Центр способен обеспечить амбулаторную помощь в рамках отделения дневного стационара силами существующей профессиональной команды [14]. Врачи и специалисты других реабилитационных профессий, работающие в центре, оказывают консультационную амбулаторную помощь на базе диагностических и лечебных зон реабилитационного центра. Отделения реабилитации на базе поликлиник оказывают, как правило, профессиональную помощь в более легких случаях и на более поздних и хронических этапах лечения [15]. Индивидуальная реабилитационная программа организуется силами всей команды или отдельными ее членами на базе поликлиники, ее филиалов, либо на дому у больного [16].

Реабилитация после заболеваний и повреждений тяжелой и средней степени тяжести в большинстве случаев начинается в специализированном стационарном отделении и продолжается после выписки в рамках одной из моделей амбулаторной реабилитации. Ранняя выписка с поддержкой (РВП) является широко распространенной в профессиональной практике моделью амбулаторной реабилитации тяжелых больных [17]. Медицинские системы многих стран мира активно и успешно практикуют модель РВП в программе реабилитации больных после инсульта и других заболеваний и повреждений нервной системы и опорно-двигательного аппарата. Выписка больного в таком случае является не окончанием лечения, а точкой перевода программы из стационарной в амбулаторную фазу. Многие исследователи называют РВП не выпиской, а «точкой переноса лечения» [18]. Поддержка после выписки осуществляется профессиональными силами реабилитационного центра либо поликлиническими структурами [14].

Больные и пострадавшие легкой и средней степени тяжести могут проходить амбулаторную реабилитацию непосредственно по окончании первичного медицинского лечения, минуя этап стационарной реабилитации [15]. Такая модель требует максимально раннего начала и организации профессиональной многопрофильной диагностики в поликлинике или на дому для выявления функциональных нарушений и проведения адекватной реабилитационной программы.

Домашняя реабилитация является оптимальной моделью для больных, не нуждающихся в госпитализации и испытывающих трудности в транспортировке в связи с состоянием здоровья, функциональными ограничениями или особенностями социального окружения [19]. При всех различиях существующих моделей амбулаторной реабилитации многочисленные исследования не смогли выявить достоверные различия в эффективности разных моделей (20).

Выбор оптимального вида лечения должен проводиться с учетом индивидуальных характеристик пациента, включая медицинские, функциональные и социальные аспекты, а также наличия соответствующих форм амбулаторной реабилитации в регионе проживания больного.

Преимущества и недостатки амбулаторной реабилитации, клиническая и экономическая эффективность

Основным преимуществом амбулаторной реабилитации считается ранняя выписка больного из стационара при продолжении программы профессионального реабилитационного лечения [17]. Ранняя выписка снижает уровень осложнений связанных с нахождением в больнице, таких как госпитальная инфекция и медицинские ошибки. Кроме того, перевод больного в домашние условия обычно приводит к повышению активности пациента и снижению осложнений, связанных с госпитальной пассивностью и иммобилизацией. Сокращение периода нахождения больного вне дома приводит к облегчению процесса реадaptации пациента к привычной среде жизни и снижает уровень функциональной, ментальной и психологической инвалидизации [21].

Реабилитация в домашних условиях характеризуется более выраженной направленностью на достижение функциональных задач, связанных с условиями конкретного социального окружения. Эта особенность приводит к повышению мотивации пациента и улучшению результатов лечения и активного самостоятельного тренинга [13]. Исследователи отмечают, что процесс адаптации к домашним условиям под наблюдением профессионалов реабилитационной команды проходит легче и эффективнее для больного и членов его семьи [12].

К недостаткам амбулаторной реабилитации можно в первую очередь отнести сложности концентрации всех компонентов многопрофильной команды и высокотехнологических методов реабилитации в амбулаторных и домашних условиях. Кроме того, некоторые исследования показали, что близкое социальное окружение больного испытывает серьезные трудности при раннем переводе пациента домой [21].

Высокая и постоянно растущая стоимость медицинских услуг является общей проблемой практически всех государственных систем здравоохранения. Именно поэтому одним из важных преимуществ амбулаторной реабилитации является ее низкая, по сравнению со стационарным лечением, стоимость. Активное использование моделей амбулаторной реабилитации приводит к снижению затрат на здравоохранение не только из-за уменьшения периода стационарного лечения на общемедицинской и реабилитологической койке, но и благодаря снижению уровня повторных госпитализаций и обращений к врачу [22]. Так, показано, что снижение доступности финансируемой обществом амбулаторной реабилитации приводит к повышению затрат на здравоохранение в целом за счёт увеличения частоты обращения в медицинские учреждения [23].

Если экономическая эффективность амбулаторной реабилитации на сегодняшний день не вызывает сомнений, то доказательством функциональной эффективности и влияния различных ее моделей на качество жизни пациента продолжают заниматься

многие исследователи в области организации реабилитационной службы [24, 25].

Наиболее доказанной представляется эффективность РВП больных после инсульта [18, 25]. Так, показано, что РВП приводит к улучшению физического здоровья, реинтеграции в обществе и субъективного ощущения пациента [26, 18]. Пожилые больные после инсульта отмечают после прохождения курса амбулаторной реабилитации улучшение качества жизни, связанного со здоровьем, и участия в социальной жизни [27]. Период необходимого реабилитационного лечения после тяжелых повреждений головного мозга характеризуется особой длительностью, поэтому амбулаторная реабилитация занимает в общей программе существенное место. Показано, что курс амбулаторной реабилитации эффективен для таких больных даже через несколько лет после травмы [28]. Программа индивидуализированной многофакторной реабилитации на дому помогает больным после переломов бедра в достижении лучшей мобильности и активного участия в привычной жизни [29].

Различные модели амбулаторной реабилитации позволяют улучшить настроение больного и его семьи и снизить депрессивную реакцию на заболевание и трудности возврата к привычному стилю жизни. Так, даже простая активная передача больному и его семье адекватной информации об инсульте может уменьшить уровень депрессии и улучшить субъективные ощущения пациента [30]. Результаты недавно опубликованного мета анализа показывают, что функциональные достижения больных в первые полгода после инсульта, проходящих реабилитацию на дому превосходят результаты пациентов, получавших стационарное лечение [31]. Эти и другие исследования показывают, что адекватно подобранная модель амбулаторной реабилитации может быть экономически и функционально эффективной и способна помочь больному максимально восстановить снижение в результате заболевания или травмы качество жизни при минимальном нахождении на больничной койке.

Амбулаторная реабилитация в Израиле

Принятый в 1995 году Закон об Обязательном Медицинском Страховании перевел здравоохранение Израиля в разряд систем, представляющих своим гражданам право на обязательное и равное медицинское обслуживание. Диагностическая и лечебная помощь оказывается через одну из четырех больничных касс, выбранную добровольно каждым гражданином страны. Объем услуг одинаков во всех кассах и определен утвержденной законом «корзинкой медицинской помощи». Больничная касса предоставляет все виды амбулаторного лечения и оплачивает госпитализацию пациентов в стационарных медицинских учреждениях [32].

Первичная ранняя реабилитация после серьезных заболеваний и повреждений входит в «корзинку» и проводится в рамках услуг обязательного медицинского страхования [33]. Согласно определению Министерства Здравоохранения Израиля, больной имеет право получить направление на первичную реабилитацию в случае, если: а) уровень его самостоятельности и качество жизни существенно снизились в результате нарушения здоровья, и б) он, по определению медицинского персонала лечебного отделения, в котором он получает общемедицинскую

помощь, обладает реабилитационным потенциалом. Важно отметить, что решение о направлении на реабилитацию принимает лечащий врач отделения общей больницы, учитывая заключение медицинской сестры, социального работника и физиотерапевта, в отдельных случаях после консультации с реабилитологом либо гериатром [34]. Рекомендация по продолжению реабилитации, согласно последним решениям Министерства Здравоохранения, являются обязательным пунктом медицинского заключения при выписке больного [35].

Решение о выборе определенного реабилитационного учреждения стационарного либо амбулаторного типа (маршрутизация больного) входит в обязанности реабилитационной службы соответствующей больницы кассы. Состав службы реабилитации различается в разных регионах и больничных кассах, но в оптимальном варианте включает врача-реабилитолога, реабилитационную медицинскую сестру, социального работника и физиотерапевта. В сферу деятельности службы входит также контроль процесса прохождения программы в стационарном реабилитационном отделении и участие, совместно с командой центра, в планировании выписки и продолжения амбулаторного лечения пациента. Амбулаторная реабилитация после окончания стационарного лечения также входит в сферу ответственности региональной реабилитационной службы.

В Израильской системе здравоохранения существуют различные структуры амбулаторной реабилитации. Наиболее интенсивной и многопрофильной формой является отделение дневного стационара. Дневная реабилитация проводится на базе реабилитационных центров либо поликлиник и строится по всем профессиональным принципам интенсивной многопрофильной и технологичной реабилитации. Менее интенсивная реабилитация на более поздних этапах проводится в условиях поликлинических отделений и может строиться по принципу многопрофильности, либо проводиться отдельными специалистами реабилитационной команды. Больные, по каким-либо причинам испытывающие сложности в транспортировке в стационарные либо амбулаторные отделения, получают реабилитационное лечение на дому силами отделения продолжения лечения, или отделения домашней реабилитации [24]. Отделение продолжения лечения отвечает также за подготовку дома больного к его возвращению после госпитализации [3].

Медицинская реабилитация исторически формировалась в Израиле в специализированных стационарных центрах, которые и сегодня концентрируют основные профессиональные умения и занимаются первичной реабилитацией больных и пострадавших тяжелой и средней степени тяжести. На сегодняшний день в Израиле существует 14 отделений общей реабилитации и 18 отделений гериатрической реабилитации, в общем – 1500 коек, что явно недостаточно для 7-ми миллионного населения страны. Это приводит к задержке приема больного на реабилитационное лечение и увеличению срока его нахождения на общепольничной койке [36]. Отмечается и выраженная географическая асимметрия стационарной

и дневной реабилитации. Наибольшее количество отделений реабилитации сконцентрировано в центре при практически полном отсутствии реабилитологической помощи на севере и юге страны [37, 38].

Ускоренный рост потребности в реабилитационном лечении в связи с: а) увеличением длительности жизни, б) улучшением результатов медицинского лечения и в) растущим пониманием населением роли реабилитации в восстановлении качества жизни после заболеваний и травм, в сочетании с недостатком реабилитационного коечного фонда и повышением цены госпитализации привели к форсированному развитию в последние годы систем амбулаторной реабилитации во всех больничных кассах [39]. Несмотря на положительную тенденцию, амбулаторная реабилитологическая помощь характеризуется на сегодняшний день существенной зависимостью от географической зоны и в отдельных регионах страны явно не отвечает потребностям [40]. Вне всяких сомнений, требуются существенные усилия системы здравоохранения Израиля, больничных касс и национального общества реабилитологии для развития доступных структур эффективной амбулаторной реабилитации на всей территории страны [41].

Существенным недостатком Израильской системы реабилитации является также отсутствие моделей поддерживающего лечения после завершения реабилитационной программы, абсолютно необходимого после серьезных заболеваний и травм. Поддерживающая реабилитация не покрывается Государственной медицинской страховкой, в связи с чем, больничные кассы не оплачивают расходы пациента и его семьи на лечение, поддерживающую адаптированную физическую активность и профилактику. Отдельные формы активности, образования, профессиональной реабилитации, а также адаптивные технологии оплачиваются Министерством Здравоохранения, Системой социальной защиты, Министерством Образования, муниципалитетами и благотворительными обществами, однако эта помощь плохо согласована и усложнена множеством бюрократических ограничений.

Заключение

Современная медицинская реабилитация является неотъемлемой частью быстро развивающейся высокотехнологичной медицинской помощи. Раннее и интенсивное реабилитационное лечение позволяет оптимально повысить уровень самостоятельности и качества жизни больного, сниженные в результате серьезных заболеваний и травм. Длительный и поэтапный процесс реабилитации направлен на скорейшее возвращение пациента в привычную социальную среду и должен завершаться периодом эффективной амбулаторной реабилитации по месту жительства. После завершения программы реабилитационного лечения необходима организация поддерживающих и профилактических мероприятий силами самого пациента, его семьи и систем национальной социальной поддержки. Только согласованная программа государственных систем здравоохранения, образования и социальной помощи может успешно справиться с задачей построения сформулированной ВОЗ матрицы «реабилитации на уровне общины».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ/ REFERENCES:

1. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12, September 1978. WHO Press; 2012. Available from: (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/113875/E93944R.pdf).
2. Community-based rehabilitation: an introduction. Geneva: WHO Press; 2010. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44405/30/9789241548052_introductory_rus.pdf.
3. Eldar R. Community-based rehabilitation: better quality of life for older rural people with disabilities. *J Rural Health*. 2001;17(4):341-4.
4. Barnes M., Radermacher H. Neurological Rehabilitation in the Community. *J Rehabil Med* 2001; 33: 244–248
5. Grandisson M., Hebert M., Thibeault R. A systematic review on how to conduct evaluations in community-based rehabilitation. *Disabil Rehabil*, 2014; 36(4): 265–275.
6. Cleaver S., Nixon S. A scoping review of 10 years of published literature on community-based rehabilitation. *Disabil Rehabil*. 2013; 84, 52–57/ 7. «Health» Component, CBR guidelines. Geneva: WHO Press; 2010. Available from: www.who.int/iris/.../9789241548052_health_rus.pdf.
8. The Convention on the rights of persons with disabilities. New York, United Nations, 2006. Available from: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml.
9. Mannan H., Turnbull A.P. A review of community based rehabilitation evaluations: quality of life as an outcome measure for future evaluations. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*. 2007; 18(1): 27–45.
10. Outpatients Service Trialists. Therapy-based rehabilitation services for stroke patients at home. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;1:CD002925.
11. Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, Choi JY, Glasberg JJ, Graham GD, Katz RC, Lamberty K, Rekeret D. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: a clinical practice guideline. *Stroke*. 2005; 36: p 100–143.
12. Wohlin Wottrich A., von Koch L., Tham K. The Meaning of Rehabilitation in the Home Environment After Acute Stroke From the Perspective of a Multiprofessional Team. *Phys Ther*. 2007; 87: 778–788.
13. Fisher RJ, Walker MF, Golton I, Jenkinson D. The implementation of evidence-based rehabilitation services for stroke survivors living in the community: the results of a Delphi consensus process. *Clinical Rehabilitation* 2013, 27 (8); 741–749.
14. Conroy BE, DeJong G, Horn SD. Hospital-based stroke rehabilitation in the United States. *Top Stroke Rehabil*. 2009;16:34–43
15. Miller EL, Murray L, Richards L, Zorowitz RD, Bakas T, Clark P, Billinger SA. Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Stroke*. 2010;41: 2402–2448.
16. Walker MF, Leonardi-Bee J, Bath P, Langhorne, Dewey M, Corr S, Drummond A, Gilbertson L, Gladman J.R.F, Jongbloed L, Logan P, Parker C. *Stroke*. 2004; 35: 2226–2232.
17. Fisher RJ, Gaynor C, Kerr M, Langhorne P, Anderson C, Bautz-Holter E, Indredavik B, Mayo NE, Power M, Rodgers H, Rønning OM, Widén Holmqvist L, Wolfe CDA, Walker MF. A consensus on stroke: early supported discharge. *Stroke*. 2011; 42: 1392–1397.
18. Young J, Forster A. Rehabilitation after stroke. *BMJ* 2007; 334: 86–90.
19. Shepperd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Iliffe S, Kalra L, Ricauda NA, Tibaldi V, Wilson AD. Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *CMAJ* 2009; 180 (2): 175–82.
20. Walker MF, Sunnerhagen KS, Fisher RJ. Evidence-Based Community Stroke Rehabilitation. *Stroke*. 2013; 44: 293–297.
21. Anderson C, Rubenach S, Mhurchu CN, Clark M, Spencer C, Winsor A. Home or Hospital for Stroke Rehabilitation? Results of a Randomized Controlled Trial. *Stroke*. 2000; 31: 1024–1031.
22. Paul J, Park L, Rytter E, Miller W, Ahmed S, Cott CA, Landry MD. Delisting publicly funded community-based physical therapy services in Ontario, Canada: A 12 month follow-up study of the perceptions of clients and providers. *Physiotherapy Theory and Practice*, 2008,24, 329–343
23. Lyzwinski LN. Should community-based services be publicly funded or contracted out? *Palliative and Supportive Care* (2013), 11, 267–272
24. Weiss Z, Snir D, Klein B, Avraham I, Shani R, Zetler H, Eyal P, Dynia A, Eldar R. Effectiveness of home rehabilitation after stroke in Israel. *Int J Rehabil Res*. 2004 Jun; 27 (2): 119–25.
25. Beech R, Rudd AG, Tilling K, Wolfe CD. Economic Consequences of Early Inpatient Discharge to Community-Based Rehabilitation for Stroke in an Inner-London Teaching Hospital. *Stroke*. 1999; 30: 729–735.
26. Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Côté R, Gayton D, Carlton J, Buttery J, Tamblin R. There's no place like home: an evaluation of early supported discharge for stroke. *Stroke* 2000 May;31:1016–23.
27. Ryan T. A randomized controlled trial to evaluate intensity of community-based rehabilitation provision following stroke or hip fracture in old age. *Clin Rehabil* February 2006 vol. 20no. 2 123-131
28. Powell J, Heslin J, Greenwood R. Community based rehabilitation after severe traumatic brain injury: a randomised controlled trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 72: 193–202.
29. Salpakoski A, Törmäkangas T, Edgren J, Kallinen M, Sihvonen SE, Pesola M, Vanhatalo J, Arkela M, Rantanen T, Sipilä S. Effects of a multicomponent home-based physical rehabilitation program on mobility recovery after hip fracture: a randomized controlled trial. *J Am Med Dir Assoc*. 2014 May;15 (5): 361–8.
30. Forster A, Brown L, Smith J, House A, Knapp P, Wright JJ, Young J. Information provision for stroke patients and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008. Available from: <http://www.bibliotecacochrane.com/pdf/CD001919.pdf>.
31. Hillier S, Inglis-Jassiem G. Rehabilitation for community-dwelling people with stroke: home or centre based? A systematic review. *Int J Stroke*. 2010; 5: 178–186.
32. Bin Nun G. Private health insurance policies in Israel: a report on the 2012 Dead Sea Conference. *Israel Journal of Health Policy Research* 2013, 2:25
33. Medical Administration, Ministry of Health: Rehabilitation hospitalization; 1995. Available from: http://www.health.gov.il/hozer/mr83_1995.pdf
34. Bowles KH, Ratcliffe SJ, Holmes JH, Liberatore M, Nydick R, Naylor MD. Post-acute referral decisions made by multidisciplinary experts compared to hospital clinicians and the patients' 12-week outcomes. *Medical care* 2008, 46 (2): 158–166.
35. Medical Administration, Ministry of Health: Obligatory recommendations for rehabilitation in discharge medical report; 2013. Available from: http://www.health.gov.il/hozer/mr27_2013.pdf.
36. Rosen BMS. Israel: Health system review Health Systems in Transition Copenhagen Ø. European Observatory on Health Systems and Policies: Denmark; 2009.
37. Zucker I, Laxer I, Rasooli I, Han S, Cohen A, Shohat T. Regional gaps in the provision of inpatient rehabilitation services for the elderly in Israel: Results of a national survey. *Isr J of Health Policy Res* 2013, 2: 27.
38. Bentur N, Davies M, Brodsky J. Care of patients with cerebral stroke in general hospitals in Israel: the perspective of professionals. Jerusalem: JDC-Brookdale Institute of Gerontology and Human Development; 1999.
39. Treger I, Ring H, Schwartz R, Tsabari R, Bornstein NM, Tanne D. Hospital disposition after stroke in a national survey of acute cerebrovascular diseases in Israel. *Arch Phys Med Rehabil* 2008, 89 (3): 435–440.
40. Greenberg E, Treger I, Ring H. Post-stroke follow-up in a rehabilitation center outpatient clinic. *Isr Med Assoc J* 2004; 6: 603–6.
41. Resnik L. Research and data systems to promote equal access to postacute rehabilitation. *Israel Journal of Health Policy Research* 2013, 2–28.

РЕЗЮМЕ

Задачей данного обзора является обобщение опубликованных в научной литературе данных, отражающий понятие реабилитации по месту жительства или «реабилитации на уровне общины» (РУО), которое впервые было сформулировано Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) после проведения в 1978 года. Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи и принятия на ней Алма-Атинской декларации. Освещение моделей и форм организации амбулаторной медицинской реабилитации, ее функциональной и экономической эффективности, а также анализ организации амбулаторной реабилитации в Израиле. Освещены условия направления на первичную реабилитацию, состав службы первичной реабилитации, источники ее финансирования. Сформулированные задачи и принципы амбулаторной реабилитации, ее преимущества и недостатки. Одним из актуальных преимуществ представляется ранняя выписка больного из стационара при продолжении программы профессионального реабилитационного лечения в условиях отделения домашней реабилитации.

Ключевые слова: реабилитация по месту жительства, амбулаторная реабилитация, структура службы первичной реабилитации, источники финансирования.

ABSTRACT

The objective of this review is to summarize the published literature data, reflecting the concept of rehabilitation in the community or «community-based rehabilitation» (CBR), which was first formulated by the World Health Organization (WHO) in 1978 after a year. International Conference on Primary Health Care and adoption at its Alma-Ata Declaration. Lighting models and forms of organization of outpatient medical rehabilitation, its functional and cost-effectiveness, as well as analysis of the organization of outpatient rehabilitation in Israel. Lit conditions aimed at primary rehabilitation, the composition of the primary service of rehabilitation, the sources of its funding. Formulated objectives and principles of outpatient rehabilitation, its advantages and disadvantages. One of the important advantages seem early discharge of the patient from the hospital while continuing vocational rehabilitation treatment in the home department of rehabilitation.

Keywords: rehabilitation in the community, outpatient rehabilitation, the structure of primary rehabilitation services, funding sources.

Контакты:

Лена Луцки. E-mail: info@asvomed.ru