

ПРЕДЫСТОРИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

Белая Книга по физической и реабилитационной медицине (ФРМ) в Европе. Глава 3. Первичная медицинская специальность: основы ФРМ

Альянс европейских организаций по физической и реабилитационной медицине

АННОТАЦИЯ

В контексте Белой книги по физической и реабилитационной медицине (ФРМ) в Европе, в настоящей статье описываются основные концепции, лежащие в основе специальности ФРМ. Это важные составляющие, которые делают ФРМ основной медицинской специальностью, отличной от всех других, а врачей ФРМ – основными медицинскими специалистами среди профессионалов сферы реабилитации. Основные понятия, которые будут обсуждаться в данном разделе, включают:

- ФРМ – это специальность, ориентированная на человека / функционирование, что делает ее отличной от медицинских специальностей, ориентированных на орган / болезнь, или лечение / возрастные группы.
- Врачи ФРМ имеют медицинские обязанности, как и все другие медицинские специалисты, но с дополнительной спецификой проведения функциональной оценки
- Как и другие специалисты, врачи ФРМ могут непосредственно проводить лечение, а также возглавлять многопрофильную реабилитационную группу, работающую совместно с другими профессионалами и медицинскими специалистами.
- Благодаря функционально-ориентированному подходу, ФРМ применяет мультимодальный подход, включающий широкий спектр методов лечения (часто предоставляемых другими специалистами по реабилитации) и оказывает помощь людям с любыми нарушениями (заболеваниями), поскольку фокусируется на снижении нарушений и ограничений активности с целью максимизации возможности участия пациентов.
- Поскольку деятельность ФРМ основана на функционировании, она играет пересекающую роль для других специальностей: она пересекается с несколькими из них, разделяя часть их знаний, оставаясь при этом полностью независимой от всех них, поскольку основана на отличном и пересекающемся объеме знаний.
- ФРМ ориентирована на человека, а не на болезнь или условия; на самом деле, ФРМ пересекается не только со специальностями, но и условиями ухода, и врачам ФРМ должно быть известно об этих разных реалиях: люди с ограниченными возможностями и люди с длительными заболеваниями фактически перемещаются внутри государственных систем здравоохранения между различными объектами для достижения наилучшего возможного функционирования и участия через соответствующий процесс реабилитации.

(Ссылка на данную статью: Альянс европейских организаций по физической и реабилитационной медицине. Белая книга по физической и реабилитационной медицине (ФРМ) в Европе. Глава 3. Первичная медицинская специальность: основы ФРМ. Eur J Phys Rehabil Med 2018;54:56–63. DOI: 10.23736/S1973–9087.18.05146–8)

Ключевые слова: Физическая и реабилитационная медицина – Европа – Диагностика – Человек – Группа по уходу за пациентами.

Введение

Белая книга (WB) по физической и реабилитационной медицине (ФРМ) в Европе составлена четырьмя европейскими организациями ФРМ и представляет собой справочник для врачей ФРМ в Европе. WB преследует множество целей, в том числе создание унифицирующей структуры для европейских стран, информирование лиц, принимающих решения на европейском и национальном уровнях, о предоставлении учебных материалов для стажеров и врачей ФРМ и информации о ФРМ медицинскому сообществу, другим специалистам по реабилитации и общественности. В WB утверждается важность ФРМ как первичной медицинской специальности. Содержание включает определения и понятия ФРМ, объяснение необходимости реабилитации для человека и для общества в целом, основы ФРМ, историю специальности ФРМ, а также структуру и деятельность организаций ФРМ в Европе, с последующим подробным изложением практика ФРМ, то есть знаний и навыков физических терапевтов и реабилитологов, области клинической компетенции ФРМ, местом специальности ФРМ в системе здравоохранения и обществе, образования и непрерывного профессионального развития врачей ФРМ, особенностей и проблем науки и исследований в ФРМ, а также задач и перспектив на будущее ФРМ.

Данная глава является новой в контексте выпущенных ранее Белых книг, и была добавлена с целью более подробного рассмотрения основных концепций, лежащих в основе специальности ФРМ. На самом деле – это существенные составляющие, которые делают:

- ФРМ основной медицинской специальностью, отличной от всех других.
- врачей ФРМ – основными медицинскими специалистами среди профессионалов сферы реабилитации.

Основные концепции, которые будут обсуждаться в данном разделе, включают:

- ФРМ – это специальность, ориентированная на человека / функционирование, что делает ее отличной от медицинских специальностей, ориентированных на орган / болезнь, или лечение / возрастные группы.
- Врачи ФРМ имеют медицинские обязанности, как и все другие медицинские специалисты, но с дополнительной спецификой проведения функциональной оценки
- Как и другие специалисты, врачи ФРМ могут непосредственно проводить лечение, а также возглавлять многопрофильную реабилитационную группу, работающую совместно с другими профессионалами и медицинскими специалистами.

- Благодаря функционально-ориентированному подходу, ФРМ применяет мультимодальный подход, включающий широкий спектр методов лечения (часто предоставляемых другими специалистами по реабилитации) и оказывает помощь людям с любыми нарушениями (заболеваниями), поскольку фокусируется на снижении нарушений и ограничений активности с целью максимизации возможности участия пациентов.
- Поскольку деятельность ФРМ основана на функционировании, она играет пересекающую роль для других специальностей: она пересекается с несколькими из них, разделяя часть их знаний, оставаясь при этом полностью независимой от всех них, поскольку основана на отличном и пересекающемся объеме знаний
- ФРМ ориентирована на человека, а не на болезнь или условия; на самом деле, ФРМ пересекается не только со специальностями, но и условиями ухода, и врачам ФРМ должно быть известно об этих разных реалиях: люди с ограниченными возможностями и люди с длительными заболеваниями фактически перемещаются внутри государственных систем здравоохранения между различными объектами для достижения наилучшего возможного функционирования и участия через соответствующий процесс реабилитации.

Цель данной главы – подробно обсудить все основные концепции медицинской специальности ФРМ, что делает ее уникальной, особенной и существенной в нынешней тенденции здравоохранения, которая включает острые и хронические заболевания, характеризующиеся увеличением инвалидности в результате лучшей выживаемости и прогрессирующего старения населения.

**Подход, ориентированный на человека/
функционирование против подхода,
ориентированного на заболевание, в ФРМ**

С момента первых процедур вскрытия и понимания анатомии и физиологии, наука в современной медицине продвинулась глубоко в основу знаний о структурах и функциях тела: это четкое взаимодействие с физическим человеком позволило преодолеть почти магические традиции, передаваемые из уст в уста от мастеров к ученикам, которые правила официальной медициной с самого начала истории.

Следовательно, медицина организована главным образом вокруг тем, которые сосредоточены на структурах тела, таких как сердце (кардиология), легкие (пульмонология), суставы, кости и мышцы (ортопедия), мозговые и нервно-мышечные функции (неврология), глаза (офтальмология) и т.д. Есть несколько исключений из этого общего правила – области, которые можно считать «пересекающимися» с предыдущими «вертикальными», такие как общая медицина, педиатрия и гериатрия. Этот основанный на органах подход привел к появлению классической «биомедицинской модели» лечения, где поиск этиологии и патоанатомии / физиологии заболевания рассматривается в качестве способа разработать подходящую терапию, искоренить причину болезни и вылечить пациента (рисунок 1). Врачи развиваются с учетом этой модели: на самом деле, после изучения основных тем в процессе первых лет обучения, «патологическая анатомия» является одной из

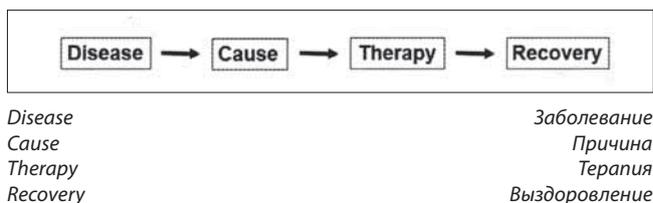


Рисунок 1. Подход, ориентированный на органы, классической «биомедицинской модели» медицины.

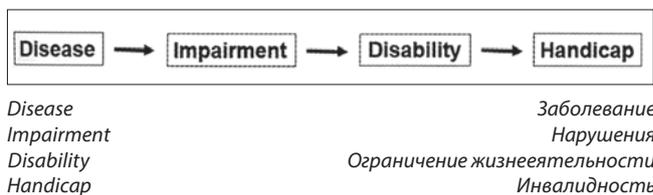
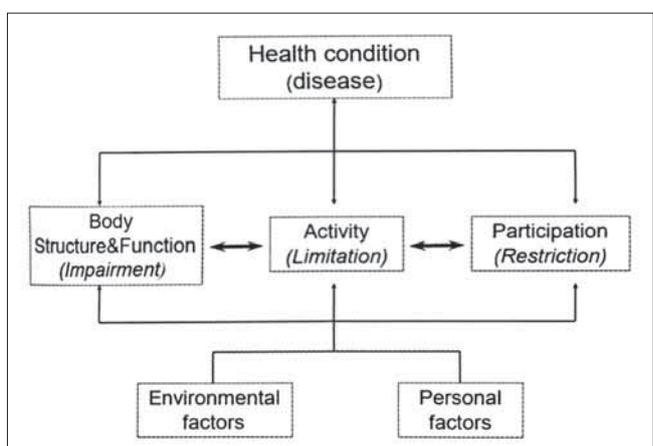


Рисунок 2. Международная классификация физических недугов, ограничений жизнедеятельности и инвалидности (ICIDH)¹ модель.



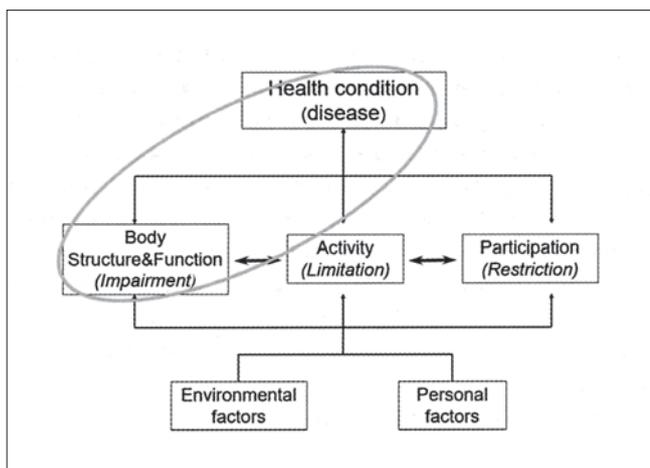
Health condition (disease) Нарушение здоровья (заболевание)
 Body Structures&Function (impairment) Структуры тела и функция (нарушение)
 Activity (limitation) Активность (ограничение)
 Participation (restriction) Участие (ограничение)
 Environmental factors Факторы окружающей среды
 Personal factors Личностные факторы

Рисунок 3. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)² модель.

первых тем, знакомящих студентов-медиков с клиническим миром.

ФРМ появилась иначе, не концентрируясь вокруг определенной структуры тела / функции: на самом деле прогресс Медицины и Хирургии обеспечил большую выживаемость тяжелобольных пациентов (например, после серьезных нарушений, связанных с несчастными случаями, военными травмами и/или инфекционные заболеваниями, такими как полиомиелит), что потребовало особого внимания к их последствиям. Поэтому, в центре внимания ФРМ с самого начала было достижение максимально возможного «функционирования» при длительном заболевании.

Сразу стало ясно, что классическая биомедицинская модель не применима к ФРМ, но прошло десятилетие, прежде чем эта концепция функционирования была полностью понята. Прорыв произошел благодаря Международной классификации физических недугов, ограничений жизнедеятельности и инвалидности



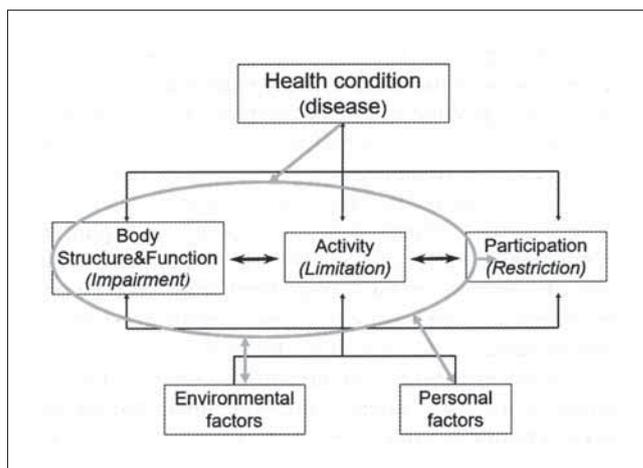
<i>Health condition (disease)</i>	<i>Нарушение здоровья (заболевание)</i>
<i>Body Structures& Function (impairment)</i>	<i>Структуры тела и функция (ухудшение)</i>
<i>Activity (limitation)</i>	<i>Активность (ограничение)</i>
<i>Participation (restriction)</i>	<i>Участие (ограничение)</i>
<i>Environmental factors</i>	<i>Факторы окружающей среды</i>
<i>Personal factors</i>	<i>Личностный фактор</i>

Рисунок 4. Согласно «биомедицинской модели», классические медицинские специальности, ориентированные на органы, в основном сосредоточены на болезни, а также на структурах и функциях организма.

(ICIDH)¹ (рисунок 2), а вслед за этим и Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ)² (рисунок 3). В то же время была разработана «био-психо-социальная модель» лечения^{3,4}, в которой терапия фокусируется на уходе за человеком в целом. На самом деле с самого начала было ясно, что основой ФРМ не является единая структура тела / функция, а человек в целом, включая его психологию и мотивацию (называемые сегодня «личностными факторами») и социальную среду (называемую сегодня «участие» и «факторы окружающей среды»).

Фактическая исходная структура специальности, МКФ, включают в себя все эти аспекты (рисунок 3). Интересно посмотреть на это графическое представление, где наша «основанная на функционировании» специальность с ее широким подходом к человеку, сравнивается с классическими, «основанными на органах» специальностями с ориентированным на болезни подходом.

Согласно «биомедицинской модели», последние в основном сосредоточены на болезни, а также на структурах и функциях организма (рисунок 4). Специальность ФРМ, основанная на функционировании, наоборот, в основном сосредоточена на функционировании и инвалидности (что на самом включает всего человека в целом); в клинической практике ФРМ особое внимание уделяется сокращению «ограничений активности» и улучшению состояния «нарушений» при одновременном решении проблем «ограничений участия» на микроуровне (личном), в то время как мезо- и макроуровни могут быть устранены с экспертной помощью врачей ФРМ, и тех, кто работает в обществе в целом, включая педагогов и политиков или других руководителей. При этом врач ФРМ обязательно должен знать медицинский диагноз («состояние здоровья» и «болезнь») и активно противо-



<i>Health condition (disease)</i>	<i>Нарушение здоровья (заболевание)</i>
<i>Body Structures& Function (impairment)</i>	<i>Структуры тела и функция (ухудшение)</i>
<i>Activity (limitation)</i>	<i>Активность (ограничение)</i>
<i>Participation (restriction)</i>	<i>Участие (ограничение)</i>
<i>Environmental factors</i>	<i>Факторы окружающей среды</i>
<i>Personal factors</i>	<i>Личностный фактор</i>

Рисунок 5. «Специальность ФРМ, основанная на функционировании», в основном сосредоточена на функционировании и инвалидности (что на самом включает всего человека в целом); в клинической практике ФРМ особое внимание уделяется сокращению «ограничений активности» и улучшению состояния «нарушений» при одновременном решении проблем «ограничений участия» на микроуровне (личном), в то время как мезо- и макроуровни могут быть устранены с экспертной помощью врачей ФРМ, и тех, кто работает в обществе в целом, включая педагогов и политиков или других руководителей. При этом врач ФРМ обязательно должен знать медицинский диагноз («состояние здоровья» и «болезнь») и активно противостоять «контекстуальным факторам» («личностным» и «окружающим»). Конечная цель – максимально возможное «участие» человека.

стоять «контекстуальным факторам» («личностным» и «окружающим»). Конечная цель – максимально возможное «участие» человека.

Ориентированный на человека подход ФРМ отличается от специальностей, ориентированных на болезнь отдельных органов, по следующим моментам:

- комплексный био-психо-социальный подход к заболеваниям с учетом всех аспектов функционирования;
- практический медицинский подход к нарушениям и ограничениям деятельности, с основной и конечной целью – оказать положительное влияние и, наконец, повысить участие;
- учет контекстуальных факторов пациентов при планировании программ реабилитации; в терминологии МКФ они служат «фасилитаторами» и / или «барьерами» на пути к достижению наилучшего функционирования: психологические, когнитивные, мотивационные и экономические личностные факторы, а также факторы окружающей среды (включая лиц, ухаживающих за больными, географическое положение, законодательство, общий экономический уровень страны ...) имеют решающее значение для результата;
- обеспечение сосредоточенности на оптимальном участии пациента занимает видное место в целях пациентов в ходе реабилитации, и является конечным результатом;

- основное заболевание является сутью программы ФРМ. Услуги для пациентов с быстро прогрессирующей болезнью могут сильно отличаться от услуг, предназначенных для больных с хроническим, медленно прогрессирующим заболеванием. Знание диагноза позволяет врачу ФРМ обеспечить оптимальное лечение, предупредить возможные осложнения и сопутствующие нарушения, медленное ухудшение (в необходимых случаях), и дать прогноз, который может включать соображения о паллиативных мерах;
- Мероприятия ФРМ различны во всем мире, в соответствии с существующими контекстуальными факторами и участием, необходимым и разрешенным в определенном обществе.^{5,6}

Другими словами, широко используемой в отношении ФРМ, является целостность, которая утверждает, что ФРМ сосредоточена на всем человеке в целом. Это слово прекрасно описывает специальность, ориентированную на «функционирование» и «инвалидность» (которые по определению являются «целостными»). В этом контексте значение термина «целостность» полностью отличается от значения в альтернативных / дополняющих практиках, и не используется для обоснования научно недоказанных методов лечения: ФРМ на самом деле является основной медицинской специальностью, основанной исключительно на доказательствах. Сегодня перед характеристиками ФРМ, как специальностью с пересекающимися знаниями (ориентированной на человека), но применение которой проходит вертикально внутри других специальностей (ориентированных на болезни), существует множество возможных подходов в клинической практике. Их можно рассмотреть, исходя из двух возможных крайностей:

- врач ФРМ общей практики, который должен обладать глубокими знаниями о всех нарушениях здоровья, требующих применения подхода ФРМ; врач должен быть способен проводить лечение всех пациентов с любыми патологиями. Эта модель в основном распространена в отделениях неотложной помощи и в стационарной практике в период восстановления в общих отделениях ФРМ (первичная реабилитационная помощь). Преимуществом в этом случае является возможность проводить лечение почти всех пациентов в качестве единственного медицинского специалиста с участием многопрофильной команды, сотрудничающей с другими дисциплинами, а также возможность сортировать наиболее сложных пациентов на оказание им специализированной/высокоспециализированной помощи; недостатком является возможная утрата специфичности (много времени тратится на борьбу с болезнью и недостаточно времени – на реабилитацию) и глубоких знаний в конкретных областях;
- и «специализированный врач ФРМ»: в этом случае практикующий врач становится высококвалифицированным специалистом по основной органной специальности, теряя некоторую общую компетенцию и уделяя основное внимание медицинскому диагнозу, оценке, лечению и реабилитации пациентов с конкретными заболеваниями. Это чаще всего распространено в отделениях ФРМ высокоспециализированной помощи, исследовательских и университетских реабилитационных отделениях ФРМ, но также в некоторых амбулаторных учреждениях.

Преимуществом в этом случае является высокая специфичность деятельности, простота взаимодействия со специалистами по «органам» (иногда даже возможность уменьшить их конкретное участие в наиболее распространенных случаях), глубокие специфические знания; недостатком является узкая специализация знаний, весьма сходная со знаниями специалистов по «органам».

Среди этих двух крайностей все возможности существуют сегодня в практике ФРМ, и врачи ФРМ проходят подготовку, как для крайних случаев, так и для всех промежуточных клинических ситуаций.

Обязанности врачей ФРМ в отношении диагноза

Как было сказано выше, в контексте МКФ реабилитация определяется как медицинская стратегия, направленная на помощь людям с ограниченными возможностями в достижении оптимального функционирования во взаимодействии с окружающей средой.⁷ Эта основная функция достигается в ходе самого процесса реабилитации, но, первым делом, она основана на конкретном медицинском диагнозе. Это устанавливает «границы» мероприятий ФРМ, определяющие медицинский прогноз и, следовательно, многие ожидания пациента с медицинской точки зрения. Такая перспектива обеспечивает стабильную основу для разработки всех остальных составляющих программы ФРМ. Фактически, медицинский диагноз прогнозирует ряд возможных остаточных нарушений, ограничений активности, а также (в меньшей степени) ограничений участия. То, что не определяется медицинским диагнозом, – это уровень таких нарушений и ограничений: на самом деле, они являются результатом процесса реабилитации вместе с личностными и окружающими факторами.

Без точного медицинского диагноза невозможно начать и адекватно спланировать ни экспресс-, ни короткую, ни длительную программу ФРМ. Медицинский диагноз определяет также стиль общения с пациентом и соглашение, которое должно быть достигнуто в поставленных целях. В начале процесса реабилитации пациенту и его/ее семье/людям, осуществляющим уход необходимо принять новый «статус» пациента. Это необходимо в дальнейшем взаимодействии с его/ее личностными и окружающими факторами для определения результатов процесса реабилитации.

Следовательно, врачи ФРМ несут главную ответственность за медицинский диагноз. В некоторых клинических случаях, при умеренном ухудшении состояния пациента (например, после консервативного лечения в рамках ортопедической и/или спортивной медицины), врач ФРМ является первым специалистом в области здравоохранения, который видит пациента и ставит диагноз. В этих случаях врач ФРМ играет основную роль в оценке пациентов для применения возможных альтернативных методов лечения и/или для более конкретной диагностики другими специалистами. В других клинических случаях, как правило, в реабилитационных отделениях, врачей ФРМ вызывают после вмешательства других специалистов. В таких ситуациях роль врача ФРМ заключается в проверке и подтверждении первичного медицинского диагноза пациента и выявлении любых сопутствующих заболеваний и уже известных нарушений и ограничения активности. Другие медицинские специалисты иногда не уверены в оценке этих

факторов, поскольку они «выходят за рамки их специальности». Последующее наблюдение пациента в среднесрочной и долгосрочной перспективе иногда позволяет уточнить медицинский диагноз, когда динамика состояния не соответствует его привычному характеру. Исключением из этого общего правила является то, что иногда невозможно сразу установить окончательный диагноз, и лечение может быть предложено для его выяснения (диагноз «ex adjuvantibus»).

Помимо общего медицинского диагноза, врач ФРМ несет особую ответственность за функциональную оценку пациентов перед началом процесса ФРМ. Это в первую очередь нацелено на выявление нарушений и ограничений активности, измерение их уровня и, следовательно, определение целей программы ФРМ для достижения максимального независимого участия. Кроме того, врачи ФРМ обладают компетенциями в выявлении значения болезни или инвалидности для отдельного пациента, влияния на их осознание своей индивидуальности и возникающей в результате этого эмоциональной реакции. Часть функциональной оценки может также выполняться другими специалистами по реабилитации, но врачи ФРМ проводят оценку для всех областей структур/функций и деятельности тела, в то время как другие сосредоточены только на областях их конкретных компетенций. Специалисты ФРМ поддерживают таким образом более широкую перспективу, которая позволяет определить в сотрудничестве с другими специалистами по реабилитации приоритеты и временные рамки различных мероприятий. Кроме того, функциональная оценка – это совмещение компетенций различных специалистов по реабилитации, которые составляют общий фон для диалога, взаимодействия и построения команды. Тем не менее, также с точки зрения команды, ответственность за функциональную оценку, наконец, лежит на плечах врачей ФРМ.

В этой функциональной перспективе существуют некоторые диагностические инструменты, характерные для ФРМ, и широко развитые в рамках специальности, такие как опросники по инвалидности и качеству жизни, а также системы анализа движения, электродиагностические и ультразвуковые инструменты и т.д.

Кроме того, врачи ФРМ были одними из первых, кто признал важность МКФ для дальнейшего развития реабилитации, улучшения информации о здравоохранении и стимулирования исследовательской деятельности с общей целью достижения оптимального функционирования и сведения к минимуму инвалидности, как у отдельных лиц, так и общих аспектов здравоохранения.⁸⁻¹⁰

Мультимодальный подход ФРМ и лечение множественных заболеваний

ФРМ охватывает широкий спектр нарушений и включает в себя последствия травм, операций, заболеваний и врожденных состояний. Она разительно отличается от других медицинских специальностей, которые лечат органы или системы органов (например, кардиология, нефрология, дерматология), конкретные возрастные группы (например, педиатрия, гериатрия) или которые применяют определенный навык или технические инструменты (например, хирургическое вмешательство, радиология, лучевая терапия).

Поэтому ФРМ обычно рассматривается как «пересекающаяся специальность». Более того, ФРМ не ориентирована в первую очередь на профилактику или лечение

самого расстройства, а фокусируется на последствиях с точки зрения ограничений активности и участия. Предотвращение и сокращение ограничений активности и оптимизация участия являются основой ФРМ.

В результате, в ФРМ был принят подход, ориентированный на пациента, который также включает в себя личные характеристики пациента. Следствием этого «целостного» подхода является то, что врачи ФРМ не работают сами по себе, а вовлекают большое количество других специалистов в области здравоохранения. Такие специалисты работают в многопрофильной команде под руководством врача ФРМ, которая также включает в себя пациента и/или людей, осуществляющих уход.

Диагностика, оценка, лечение, обучение, выполнение упражнений, тренировка и поддержка этого широкого круга пациентов большой многопрофильной командой в острой, подострой и хронической фазах требуют дорогостоящих и хорошо оборудованных учреждений.

Обычно в отделении ФРМ предоставляются следующие средства (и соответствующий персонал): электромиография, ультразвуковая диагностика, измерение силы, анализ походки, нейропсихологическое тестирование, спортзал, комнаты для профессиональной терапии, бассейн, физические процедуры и т.д.

Широкий спектр пациентов, сосредоточение внимания на нарушениях, ограничениях активности и участия, внимание к личным факторам и факторам окружающей среды, многопрофильная команда и необходимость в оборудовании и других средствах делают ФРМ сложной, мультимодальной и комплексной специальностью.

К каждому пациенту обычно применяют широкий спектр методов лечения, предоставляемый широким кругом медицинских работников. К ним могут относиться, в частности, лечебная физкультура, профессиональная терапия, логопедия, нейропсихологическое лечение, поведенческая терапия, физиотерапия, мануальная терапия. К каждому пациенту применяется уникальный, полностью комбинированный и индивидуализированный подход, согласно его болезни, нарушениям, ограничениям активности, ограничениям участия, личностным и окружающим факторам.

Старение населения оказывает огромное влияние на предоставление услуг, а также на людей с ограниченными возможностями: это, наоборот, влияет на специальность и процедуры ФРМ. Довольно редко пациенты после определенного возраста страдают только от одного заболевания; редко другие существенные нарушения не влияют на основное заболевание, с которым ФРМ имеет дело. Недавно разработанная «синдемическая» концептуальная основа¹¹ хорошо вписывается в подход ФРМ к сопутствующим заболеваниям.

Фактически, в ней подчеркивается синергическая роль болезней и (социального) контекста, влияющих на течение заболевания, и она сильно зависит от биосоциальной концепции здоровья.

Поэтому лечение необходимо постоянно адаптировать, делая подходы еще более индивидуальными. Комплексный подход ФРМ фокусируется на всем человеке с целью улучшения его деятельности и увеличения его/ее участия и неизбежно учитывает все сопутствующие факторы, которые влияют на лечение и результаты.

Более того, сопутствующие заболевания обычно не оцениваются направляющими специалистами в случае пациентов, прибывающих из отделений неотложной помощи, и часто требуют проведения диагностики вра-

чами ФРМ при поступлении в реабилитационное отделение. Сопутствующие факторы в значительной степени влияют на бремя оказания помощи и на конечные результаты: в настоящее время разрабатываются определенные шкалы для лучшего понимания, изучения и клинического контроля их воздействия в процессе применения ФРМ.

Многопрофильная команда ФРМ, возглавляемая врачом ФРМ

Врачи ФРМ проводят лечение двумя разными способами: как и во многих других специальностях, они делают это лично, применяя специальные методы (например, интервенционная ФРМ, инъекции, манипуляции «manu medica» и т.д.); в качестве альтернативы, весьма специфичным для ФРМ является проведение лечения посредством командной работы. Последнее особенно актуально, когда речь идет о процессе реабилитации, и привлечении других специалистов по реабилитации, не являющихся врачами.

Успешная реабилитация требует привлечения многочисленных специалистов в области здравоохранения с широким спектром клинических навыков и опыта.

Они должны работать сообща, гармонично и при этом эффективно, как команда, для достижения целей реабилитации пациентов и их семей. Именно этот стиль многопрофильной совместной работы отличает ФРМ от многих других специальностей. Объединенная групповая деятельность эффективной команды должна обеспечивать синергизм и лучшие результаты, чем действия каждого отдельного человека, работающего в одиночку.¹²⁻¹⁴

Даже будучи многопрофильными, термины, используемые в медицинской и управленческой литературе, могут сбивать с толку, поскольку существуют разные групповые подходы или модели, которые определяются в соответствии с взаимодействием между членами команды. Следовательно, средства, с которыми имеет дело многопрофильная команда, определяются различными моделями: мульти-, меж- и трансдисциплинарными, с разными значениями. Мультидисциплинарная модель команды применяет навыки отдельных специалистов из разных дисциплин, но каждая дисциплина по-прежнему подходит к пациенту со своей собственной точки зрения, и обычно врач общается с другими членами команды. Модель междисциплинарной команды объединяет подход различных дисциплин с высоким уровнем взаимодействия и общения между профессионалами команды с использованием согласованной и общей стратегии; руководство команды осуществляется одним врачом ФРМ. В трансдисциплинарной командной модели границы практики профессионалов размыты, и любой из них может исполнять любую конкретную командную роль.^{15, 16}

Предпочтительным примером командной работы является междисциплинарный подход в многопрофильной команде. Однако даже если он является не самым подходящим для удовлетворения потребностей пациента и обеспечения хорошей программы реабилитации, другие модели также встречаются в различных реабилитационных учреждениях, например, многодисциплинарный подход в отделении неотложной помощи или трансдисциплинарный подход при длительном общественном уходе за пациентом с образовательными потребностями. В большинстве случаев междисци-

плинарная модель является наиболее эффективной, поскольку она позволяет использовать совместный, целостный и ориентированный на пациента подход к реабилитации.¹⁷ По всем этим причинам в данной книге предпочтительным является термин «совместный», упомянутый в командной работе, поскольку различные модели могут эффективно применяться в разных условиях. Команда ФРМ, под руководством врача ФРМ, должна согласовать и установить реалистичные цели вместе с пациентами и их семьями, а затем совместно работать над достижением этих целей с применением общей стратегии. Лучше всего делать это на совместных сеансах, что поможет избежать чрезмерной стимуляции, усталости или повторения.

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что благодаря многопрофильной совместной работе можно достичь лучшего функционирования и более высокой выживаемости при некоторых нарушениях, в частности, при инсульте, черепно-мозговой травме, переломах бедра, легочной реабилитации и болях в спине.¹⁷⁻¹⁹

Интерпретация и средства для получения хорошего совместного подхода для многопрофильной команды различаются в зависимости от учреждений. В отделении ФРМ (в больницах неотложной помощи и реабилитации) все специалисты работают вместе на одном объекте под руководством врача ФРМ. Оборот пациентов относительно невелик, время реабилитации достаточно длительное, а ответ пациентов на лечение довольно быстрый. Все эти факторы играют важную роль в определении подхода к управлению командой, который считается «классическим» в ФРМ, поскольку является наиболее изученным.

В больнице неотложной помощи с центральным отделением ФРМ, многопрофильная команда отделения ФРМ отвечает за все вопросы касательно реабилитации в такой больнице. Многопрофильная команда ФРМ предоставляет консультации для всех отделений. Многопрофильная команда состоит из врачей ФРМ и специалистов по реабилитации под руководством врача ФРМ. Многопрофильная команда сотрудничает с другими дисциплинами в разных отделениях, в зависимости от необходимости.

Кроме того, в амбулаторных учреждениях должны быть многопрофильные команды, работающие совместно с другими дисциплинами под руководством врача ФРМ.

Тем не менее, команды могут быть неполными, а иногда и вовсе отсутствовать, особенно когда врач ФРМ и специалисты по реабилитации, предоставляющие лечение, даже не работают в одном и том же месте. Работа команды может осуществляться без физического присутствия одного или нескольких специалистов по реабилитации, но всегда под руководством (ответственностью) врача ФРМ. Другие специфические характеристики этого учреждения включают огромное количество пациентов, быстрый оборот, короткое время для проведения оценки и лечения (несколько сеансов) и быстрые ответы на лечение. Очевидно, что в этих случаях трудности командного подхода возрастают, а лечение назначается на основе протоколов и/или обычных назначений: в случае исключений из протоколов, разногласий и/или конкретных клинических случаев требуется непосредственный письменный и/или устный контакт между профессионалами. Может возникнуть необходимость в планировании совещаний, даже если с меньшей частотой.

Схожей с этими условиями является ситуация так называемых «постреабилитационных» и/или поддерживающих мероприятий у пациентов с хроническими заболеваниями. Иногда утверждается, что эти условия не являются клиническими и не входят в компетенцию реабилитационной команды, но ведение этих сложных пациентов обычно затруднено, и периодически требует проведения классических реабилитационных мероприятий: следовательно, также в этих случаях более целесообразным является командная организация поддерживающих мероприятий, даже в случае необходимости принятия несложных стратегий.

Другая ситуация в организации командной работы – это учреждения ФРМ длительного пребывания, где оборот и клинические изменения происходят очень медленно, а реабилитационное лечение сокращено. В этих случаях командные совещания все еще возможны, но чрезвычайно медленными темпами.

Успешная работа команды специалистов по реабилитации нуждается в определенных особенностях, даже если не все из них возможны в различных предложенных учреждениях:

- управление и лидерство: врачи ФРМ являются клиническими руководителями и должны быть хорошими лидерами команды специалистов по реабилитации: кроме того, они должны быть способны управлять группами, решать проблемы, содействовать обсуждению, принимать решения и слушать;
- иерархия: даже при отсутствии прямых иерархических отношений (невозможно при работе в разных учреждениях), во всех системах здравоохранения должно быть лицо, которое в конечном итоге несет ответственность за пациентов, и за принятие клинических решений: это врач – обычно врач ФРМ – в функциональных иерархических отношениях;
- время: соответствующее время должно быть отведено формированию команды, и может отличаться в зависимости от учреждения. Поскольку реабилитация невозможна без команды, правильное рабочее время не только улучшает стандарты клинической практики, но и действительно позволяет ей функционировать;
- уважение ролей и профессий: все члены команды имеют разные компетенции, которые остальные члены должны признавать; члены команды исполняют различные роли, и уважают существующую иерархию с врачом ФРМ на ее вершине;
- личностные факторы: команды работают, если люди выполняют свои функции. Существуют явные личностные факторы, такие как готовность к изменениям, способность сотрудничать, обучение в командной работе, баланс личной силы для принятия обсуждения и иногда оспаривания собственной работы, а также способность слушать и говорить.

Эти факторы могут быть частично изучены, но необходимы всем специалистам для проведения реабилитации. Факторы окружающей среды: общие отношения на рабочем месте (в пределах и за пределами реабилитационного отделения, включая отношения с руководством) играют важную роль в содействии или командной работе, или ее подавлению; специалисты ФРМ играют важную роль в содействии изменения отношения к окружению. Кроме того, должны разрабатываться специальные инструменты и средства коммуникации в соответствии с определенным учреждением.

литационного отделения, включая отношения с руководством) играют важную роль в содействии или командной работе, или ее подавлению; специалисты ФРМ играют важную роль в содействии изменения отношения к окружению. Кроме того, должны разрабатываться специальные инструменты и средства коммуникации в соответствии с определенным учреждением.

Список использованной литературы

1. World Health Organization. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. 1980. 207 p.
2. World Health Organization. WHO | International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. WHO. [cited 2014 Aug 19]. Available from: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.
3. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129–36.
4. Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Ann N Y Acad Sci*. 1978 Jun 21;310:169–87.
5. Negrini S, Frontera WR. The Euro-American rehabilitation focus: a cultural bridge across the ocean. *Am J Phys Med Rehabil*. 2008 Jul;87(7):590–1.
6. Negrini S, Frontera W. The Euro-American Rehabilitation Focus: a cultural bridge across the ocean. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2008 Jun;44(2):109–10.
7. Stucki G, Cieza A, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *J Rehabil Med*. 2007 May;39(4):279–85.
8. Stucki G. International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): a promising framework and classification for rehabilitation medicine. *Am J Phys Med Rehabil*. 2005 Oct;84(10):733–40.
9. Stucki G, Grimby G. Applying the ICF in medicine. *J Rehabil Med*. 2004 Jul;44(Suppl):5–6.
10. Stucki G, Ustün TB, Melvin J. Applying the ICF for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil*. 2005 Apr 8;27(7–8):349–52.
11. The Lancet null. Syndemics: health in context. *Lancet Lond Engl*. 2017 Mar 4;389(10072):881.
12. Joel A. Delisa and contributors. *Physical Medicine & Rehabilitation: Principles and Practice*. section 3. 4th Edition. Lippincott Williams & Wilkins; Volume 1; 2005.
13. Bokhour BG. Communication in interdisciplinary team meetings: what are we talking about? *J Interprof Care*. 2006 Aug;20(4):349–63.
14. Behm J, Gray N. Chapter 5: Interdisciplinary Rehabilitation Teams. In *Rehabilitation nursing: a contemporary approach to practice*. Jones & Bartlett Learning 2012. USA; 2012.
15. Körner M. Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. *Clin Rehabil*. 2010 Aug;24(8):745–55.
16. Norrefalk J-R. How do we define multidisciplinary rehabilitation? *J Rehabil Med*. 2003 Mar;35(2):100–1.
17. 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.
18. Momsen A-M, Rasmussen JO, Nielsen CV, Iversen MD, Lund H. Multidisciplinary team care in rehabilitation: an overview of reviews. *J Rehabil Med*. 2012 Nov;44(11):901–12.
19. Semlyen JK, Summers SJ, Barnes MP. Traumatic brain injury: efficacy of multidisciplinary rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*. 1998 Jun;79(6):678–83.

В данной статье коллективное авторское название Альянса европейских организаций ФРМ включает:

- Европейскую академию реабилитационной медицины (EARM)
- Европейское общество по физической и реабилитационной медицине (ESPRM)

- Европейский союз медицинских специалистов – Секция физической и реабилитационной медицины (UEMS-PRM)
- Европейскую коллегию по физической и реабилитационной медицине (ECPRM) – обслуживается Советом UEMS-PRM
- редакторов третьего издания Белой книги по физической и реабилитационной медицине в Европе: Стефано Негрини, Педро Кантоста, Мария Габриэлла Цераволо, Николас Христодулу, Ален Деларке, Кристоф Гутенбруннер, Шарлотта Кикенс, Саша Мославац, Энрике Варела-Доносо, Энтони Б. Уорд, Мауро Замполини
- соавторов: Гордана Девечерски, Калоджеро Фоти, Стефано Негрини, Раджив К Сингх, Хенк Дж. Стэм, Шарлотта Кикенс, Айше А. Кюсюкдевечи, Евгения Росулеску, Мария Ампаро Мартинес Ассусена, Нино Басалья, Катарина Агияр Бранко, Эндрю Дж. Хейг, Альвидас Юочевичюс, Ренато Нунес, Доминик Перенну, Никола Смания, Герольд Штуки, Луиджи Тезио, Айварс Ветра