

Белая книга по физической и реабилитационной медицине (ФРМ) в Европе. Глава 8. Специальность ФРМ в системе здравоохранения и обществе

Альянс европейских организаций по физической и реабилитационной медицине

АННОТАЦИЯ

В контексте Белой книги по физической и реабилитационной медицине (ФРМ) в Европе, в настоящей статье описывается глобальный обзор роли ФРМ в системах здравоохранения в Европе. В нескольких документах и докладах ВОЗ и ООН содержится призыв к всемирному укреплению реабилитации как ключевой стратегии здравоохранения XXI века. Поэтому, дальнейшая реализация ФРМ в системах здравоохранения имеет решающее значение. При внедрении ФРМ в системе здравоохранения необходимо учитывать многие аспекты. Поскольку ФРМ должна предоставляться в течение всего периода ухода, была разработана конкретная фазовая модель. Эти фазы зависят от функциональных потребностей пациентов, а также от временных аспектов нарушения здоровья: оно может быть врожденным или приобретенным, а расстройство может иметь острое начало, или прогрессирующее или дегенеративное течение. В статье описаны следующие этапы: абилитация, преабилитация, ФРМ в отделениях неотложной помощи, реабилитации в подострой фазе и долгосрочной реабилитации. Регулярная сортировка и переоценка, проводимые для определения соответствующего уровня и реабилитационного учреждения для пациента, являются обязательными. Поэтому, услуги по реабилитации должны быть стратифицированы и организованы по сетям, чтобы обеспечить максимально качественную помощь, адаптированную к потребностям и целям человека, в рамках непрерывного ухода. Для предоставления соответствующих услуг ФРМ требуется эффективное планирование предоставления услуг, создание потенциала и распределение ресурсов. Необходимые ресурсы – это человеческие (со сложными многопрофильными командами), технические (диагностическое и терапевтическое оборудование, оборудование для выполнения дополнительных диагностик, технология реабилитации и вспомогательные устройства) и финансовые ресурсы. Решения о распределении как обычно ограниченных ресурсов требуют обоснованного процесса и четких и справедливых критериев. Требуется соблюдение принципов клинического управления и наличие соответствующих компетенций. Профилактика заболеваний (первичная, вторичная и третичная), поддержание здоровья и поддержка при хронических нарушениях, а также глобальное укрепление здоровья приобретают все большее значение в ФРМ. Это включает в себя поощрение физической активности и пропаганду здорового образа жизни, направленное на поддержание максимальной функции и предотвращение осложнений при прогрессирующих заболеваниях или нарушениях, приводящих к инвалидности. Об этом говорится в статье вместе с некоторыми этическими размышлениями о выборах, которые врачам ФРМ постоянно приходится делать во время предоставления услуг.

(Ссылка на данную статью: Альянс Европейских Организаций по Физической и Реабилитационной Медицине. Белая книга по физической и реабилитационной медицине (ФРМ) в Европе. Глава 8. Специализация ФРМ в системе здравоохранения и обществе. Eur J Phys Rehabil Med 2018;54:131–146. DOI: 10.23736/S1973-9087.18.05152-3)

Ключевые слова: Физическая и реабилитационная медицина – Европа – Предоставление медицинской помощи – Реализация плана здравоохранения.

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 обществу в целом. В WB утверждается важность специальности 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.

Система здравоохранения – это организация людей, учреждений и ресурсов, которые предоставляют медицинские услуги для удовлетворения потребностей целевых групп в области здравоохранения. Согласно ВОЗ, ее основной целью является содействие, восстановление или поддержание здоровья.

ФРМ касается различных аспектов и этапов здравоохранения для людей со многими различными нарушениями здоровья. В данной главе дается глобальный обзор роли ФРМ в системах здравоохранения в Европе, а именно: внедрение ФРМ в системе здравоохранения, создание потенциала и распределение ресурсов, управление клинической деятельностью и компетентность, различные этапы процесса ФРМ и наконец, профилактика заболеваний, поддержание и укрепление здоровья в ФРМ.

Реализация ФРМ в системах здравоохранения

Согласно ВОЗ, реабилитация является частью всеобщего медицинского обслуживания и должна быть включена в пакет основных услуг наряду с профилактикой, пропагандой, лечением и паллиативной помощью.¹ Физическая и реабилитационная медицина должна играть важную роль в системах здравоохранения, в частности в реабилитации, а также в области профилактики, лечения

Таблица 1. Матрица реабилитационных услуг.

Уровень здравоохранения	Типы услуг		
	А. Неотложная помощь	В. Помощь в период восстановления	С. Длительный уход
Третичный уровень здравоохранения	A.1: Отделения интенсивной реабилитации A.2: Мобильные бригады интенсивной реабилитации	V.1: Стационарные отделения реабилитации в период восстановления	C.1: Периодические реабилитационные услуги, оказываемые в стационаре
Вторичный уровень здравоохранения	A.1: Отделения интенсивной реабилитации A.2: Мобильные бригады интенсивной реабилитации	V.1: Стационарные отделения реабилитации в период восстановления V.2: Амбулаторные отделения реабилитации в период восстановления V.3: Монопрофильные услуги в период восстановления под присмотром/руководством врача ФРМ	C.1: Периодические реабилитационные услуги, оказываемые в стационаре
Начальный уровень здравоохранения		V.2: Амбулаторные отделения реабилитации в период восстановления V.3: Монопрофильные услуги в период восстановления под присмотром/руководством врача ФРМ	C.2: Реабилитационные центры первичной медицинской помощи C.3: Монопрофильные услуги длительной реабилитации под присмотром/руководством врача ФРМ C.4: Услуги реабилитации по месту жительства (CBR)

и поддержки.² Всемирный доклад по проблемам инвалидности описывает центральную роль специальности как «улучшение функционирования путем диагностики и лечения нарушений здоровья, уменьшения нарушений и профилактики или лечения осложнений».³ Следовательно, в документе ВОЗ «Глобальный план действий по инвалидности на 2014–2021 гг.»⁴ определяется «количество выпускников учебных заведений на 10 000 населения – исходя из уровня и сферы образования (например, физическая и реабилитационная медицина, физиотерапия, эрготерапия, протезирование и ортопедия)», как один из показателей успеха для предоставления реабилитационных услуг. Поскольку некоторые реабилитационные мероприятия применяются в других медицинских специальностях и другими специалистами в области здравоохранения, роль ФРМ в системах здравоохранения и реабилитации должна быть тщательно рассмотрена.¹

Как и реабилитация в целом, ФРМ должна играть определенную роль на всех уровнях системы здравоохранения и в рамках непрерывного ухода (таблица 1). Такие услуги по реабилитации подразделяются на следующие (подгруппы услуг, которые не принимаются во внимание), более подробная информация описана ниже в разделе на разных этапах процесса ФРМ:

- Неотложные реабилитационные услуги предоставляются в больницах на вторичном и третичном уровнях. Неотложные реабилитационные услуги должны предоставляться даже во время интенсивной терапии и проводиться многопрофильными командами (включая врача ФРМ, физического терапевта, эрготерапевта и других специалистов по реабилитации), работающих совместно под руководством врача ФРМ. Неотложные реабилитационные услуги могут предоставляться в специализированных реабилитационных отделениях неотложной помощи или выездными реабилитационными бригадами скорой помощи.
- Реабилитационные услуги в период восстановления: Реабилитационные услуги в период восстановления предоставляются немедленно или вскоре после выписки из отделений неотложной помощи. В более серьезных случаях (при значительных потребностях в медицинском и сестринском уходе, важных ограничениях мобильности и повседневной активности)

реабилитация в период восстановления должна проводиться в стационарных отделениях для реабилитации в период восстановления. Пациентам с меньшими ограничениями также можно назначить амбулаторную реабилитацию в период восстановления. Для пациентов с незначительными нарушениями простых мероприятий может быть достаточно даже на уровне первичной медико-санитарной помощи. Реабилитационные услуги в период восстановления на вторичном / третичном уровне должны соответствовать конкретному нарушению здоровья (болезни или травмы), а также должны предоставляться многопрофильной реабилитационной командой.

- Длительные реабилитационные услуги: Длительные реабилитационные услуги направлены на поддержание (и улучшение) функционирования пациентов с долговременной инвалидностью или заболеванием, приводящим к инвалидности, включая врожденную инвалидность, приобретенную инвалидность и хронические заболевания. Они могут стать отправной точкой для более специализированной реабилитации, при ее необходимости. Длительная реабилитация должна проводиться по назначению и под руководством врача ФРМ, даже в рамках первичной медицинской помощи. Растет число доказательств в пользу применения на данном этапе физических упражнений и адаптированной физической активности (см. ниже в разделе «Профилактика, поддержание и укрепление здоровья в ФРМ»). При отсутствии специализированной реабилитации, моделью для предоставления минимальных реабилитационных услуг нуждающимся может служить реабилитация по месту жительства (РМЖ). Она должна быть тесно связана с Политикой по реабилитации по месту жительства (ПРМЖ). Можно предоставлять периодические стационарные реабилитационные услуги для стимулирования и повышения эффекта реабилитации у пациентов с хроническими заболеваниями, если они также связаны с психосоциальным стрессом и профессиональными проблемами.

Для выполнения своих задач на разных этапах реабилитационного пути, врачи ФРМ могут работать во многих учреждениях, таких как отделение неотложной помощи, реабилитации в подострой фазе, в общей или универси-

тетской больнице, реабилитационных центрах (в стационаре и/или амбулаторно), а также в частных клиниках, медицинских центрах по месту жительства и т.д.

Модели предоставления услуг ФРМ могут различаться в организационных моментах в разных странах, но важными элементами должны быть наличие, доступность, приемлемость и научно и клинически приемлемое качество.

В принципе, все виды помощи должны быть доступны и для врачей ФРМ тоже. И последнее, но не менее важное: следует упомянуть, что опыт врачей ФРМ может иметь важное значение для консультирования по вопросам принятия решений политиками, страховыми институтами и компаниями, градостроителями и многими другими специалистами и учреждениями в области здравоохранения и инвалидности, а также проектирования окружающей среды.

Когда речь идет о фактической реализации ФРМ в системе здравоохранения, Конвенция ООН о правах инвалидов призывает государства-участников организовывать, укреплять и расширять услуги в области всестороннего развития способностей и реабилитации, особенно в сфере здравоохранения, занятости, образования и социального обслуживания (статья 26).⁵

Укрепление реабилитационных услуг, связанных со здоровьем, является одной из целей Глобального плана действий ВОЗ по борьбе с инвалидностью.⁵ С этой целью и в рамках Плана сотрудничества ВОЗ-ISPRM в 2014–2017 годах Gutenbrunner et al. предлагают следующие действия:⁶

- разработка матрицы и контрольных списков для анализа существующих служб реабилитации, а также выявление пробелов в предоставлении услуг;
- создание Консультативной группы по реабилитационным услугам (КГРУ), включающую экспертов с пониманием глобальных и региональных систем здравоохранения, которые могут предоставлять рекомендации;
- предоставление консультаций запрашивающей стране на основании Проектов быстрого реагирования, оказывая поддержку в создании реабилитационных услуг и образовательных программ для реабилитационного персонала, по запросу ВОЗ. Важным моментом в укреплении систем здравоохранения для соответствия медицинским и реабилитационным потребностям пациентов является информация о функционировании. Системы здравоохранения должны учитывать то, что важно для людей в отношении не только «биологического», но и «жизненного здоровья». Таким образом, функционирование является третьим показателем здоровья, помимо заболеваемости и смертности. МКФ – лучшая перспектива для документации и сбора информации о функционировании.⁷ Использование информации о функционировании может оказаться полезным для систем здравоохранения в улучшении межпрофессионального сотрудничества и достижения междисциплинарных результатов лечения заболеваний.⁸

Примером такого способа сбора данных является Международное исследование травм спинного мозга (Insci), которое составляет основу «Инициативы системы обучения в области здравоохранения для лечения травм спинного мозга».⁹

В феврале 2017 года ВОЗ запустила инициативу «Реабилитация 2030: призыв к действию». Данная инициатива имеет важное значение в распространении услуг по реабилитации в странах по всему миру в свете текущих

глобальных тенденций в сфере здоровья (рост распространенности неинфекционных болезней и травм) и старения. Степень инвалидности во всем мире изучена в Исследовании глобальных последствий болезни 2013.¹⁰

Чтобы обеспечить наличие и доступность реабилитации для тех, кто в ней нуждается, ВОЗ разработала семь рекомендаций по реабилитации в системах здравоохранения:

1. услуги по реабилитации должны быть интегрированы в системы здравоохранения;
2. услуги по реабилитации должны быть интегрированы в первичный, вторичный и третичный уровни системы здравоохранения и между ними;
3. обязательно наличие мультидисциплинарного реабилитационного персонала (ПРИМЕЧАНИЕ: термин «мультидисциплинарный» был определен ВОЗ, в то время как правильным является термин «многопрофильный», см. глоссарий);
4. услуги реабилитации должны быть доступны как в больницах, так и в учреждениях по месту жительства;
5. в больницах должны быть специализированные реабилитационные отделения для стационарных пациентов со сложными потребностями;
6. должны выделяться финансовые ресурсы на реабилитационные услуги для реализации и поддержания рекомендаций по предоставлению услуг;
7. при применении или наличии медицинской страховки, она должна включать в себя реабилитационные услуги.

В рамках Отдела по вопросам инвалидности и реабилитации ВОЗ разрабатываются руководящие принципы, касающиеся оздоровительной реабилитации, в которых будут представлены рекомендации для оказания помощи государствам-членам и соответствующим заинтересованным сторонам в принятии обоснованных решений при создании или укреплении систем реабилитации.¹¹ Научные вопросы и последующие рекомендации руководящих принципов основаны на шести основных компонентах системы здравоохранения: лидерстве и управлении, предоставлении услуг, сотрудниках, информационных системах, доступе к основным лекарственным средствам / вспомогательным технологиям и финансированию. Поэтому, Руководящие принципы по оздоровительной реабилитации будут предоставлять рекомендации по внедрению реабилитации на системном уровне в качестве стратегии здравоохранения, а не как конкретные мероприятия по реабилитации.

Предоставление услуг является одним из шести блоков систем здравоохранения. Таким образом, в области оздоровительной реабилитации было предложено концептуальное описание реабилитационных услуг.¹² Для устранения пробелов в национальных и/или региональных реабилитационных системах и для дальнейшего развития соответствующих реабилитационных услуг крайне важно определить единые критерии и широко используемый язык для описания и классификации реабилитационных услуг. Рабочая группа Комитета по связям, ISPRM и ВОЗ разрабатывает перечень аспектов и категорий для описания организации оздоровительных реабилитационных услуг в рамках Международной классификации организаций по оказанию услуг реабилитации (ICSO-R).¹³ В рамках Европейской инициативы по реализации МКФ и ICSO-R в системе управления качеством реабилитации, в январе 2016 года в Нотвиле, Швейцария, был проведен семинар экспертов Секции и Совета UEMS-

PRM. В ходе этого семинара была продемонстрирована осуществимость и применимость ICSO-R в описании оздоровительной реабилитации.¹⁴ Использование ICSO-R обеспечивает более точное и сопоставимое описание реабилитационных услуг по сравнению с описательным подходом. Таким образом, рекомендуется использовать ICSO-R для описания и сравнения существующих реабилитационных услуг, а также модельных услуг для сопоставительного анализа, внедрения реабилитационных услуг в системы здравоохранения и в рамках графика контроля клинического качества.

В большинстве европейских стран ФРМ – как медицинская специальность – и реабилитационные услуги достаточно хорошо развиты в рамках непрерывного ухода за пациентами с реабилитационными нуждами и целями. И все же некоторые пробелы остаются. К примеру, в настоящее время данная специальность отсутствует в одной стране Европейского союза (ЕС) (Дания), а также в некоторых европейских странах, которые не являются членами ЕС.

В России, а теперь и в Украине, целевая группа Секции UEMS-PRM поддерживает развитие специальности ФРМ. В России недавно был создан экспериментальный проект по реализации: «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Его главная цель – продемонстрировать эффективность «новой» модели системы медицинской реабилитации по сравнению с традиционной моделью у трех категорий пациентов (с острым цереброваскулярным нарушением, острым коронарным синдромом и после артропластики тазобедренного сустава).

До настоящего времени было очень мало литературы о реализации проектов реабилитации в странах с высоким и средним уровнем дохода. В 2013 году Австралийское агентство по клиническим инновациям опубликовало очень подробное «Пособие по внедрению реабилитации», которое можно использовать в качестве эталонной модели, описывающей шесть учреждений здравоохранения, в которых предоставляются услуги по реабилитации.¹⁵ В документе утверждается, что основополагающее значение для действенного и эффективного предоставления реабилитационных услуг имеет «правильная помощь в нужном месте в нужное время» с важнейшими составляющими пути пациента в любые учреждения здравоохранения. В начале реабилитации и при смене учреждений здравоохранения повторяются следующие этапы: направление/прием, оценка/предоставление услуг и выписка/передача пациента.

Некоторые другие составляющие блоки, важные для реализации ФРМ в системе здравоохранения, будут обсуждаться в следующих главах (персонал, финансирование и управление клинической практикой, включая аккредитацию).

Наконец, внедрение ФРМ в системах здравоохранения должно быть контекстно-зависимым, основанным на доказанных и обоснованных процессах принятия решений, включая передовую практику, и в тесном сотрудничестве со всеми заинтересованными сторонами, включая пациентов или других потребителей.

Наращивание потенциала и выделение ресурсов в ФРМ

Наращивание потенциала можно определить как мероприятия, которые повлияли на способность организации или сообщества в решении проблемы здравоохранения путем создания новых структур, подходов и/или ценностей.¹⁶

Это любое конкретное действие или ряд действий, которые повышают эффективность отдельных лиц, организаций или систем – включая организационную и финансовую стабильность, предоставление программных услуг и качество программы – в создании позитивных изменений и улучшении результатов общественного здравоохранения.¹⁷

В некоторых европейских учреждениях, медицинские и реабилитационные услуги для людей с ограниченными возможностями или нарушениями, приводящими к инвалидности, все еще недоступны в полном объеме. В статьях 20, 25 и 26 Конвенции о правах инвалидов⁴ государствам-членам предлагается разработать программу начальной подготовки и повышения квалификации специалистов и сотрудников для улучшения доступности медицинского обслуживания с учетом проблем инвалидов, вспомогательных устройств и технологий, и реабилитационных услуг. Цели Глобального плана действий ВОЗ по борьбе с инвалидностью на 2014–2021 гг. также требуют от государств-членов усилить и улучшить доступ к услугам по реабилитации, вспомогательным технологиям и реабилитации на местном уровне (СБР). Создание этих возможностей приобретает все большее значение в свете растущих тенденций в области неинфекционных заболеваний, стареющего населения и все большего числа людей, живущих с последствиями травм.¹⁸ Для создания и планирования соответствующего потенциала ФРМ в разных европейских странах необходимы различные типы ресурсов, такие как человеческие и технические ресурсы.

Что касается человеческих ресурсов, прежде всего должны быть врачи ФРМ, которым необходимо пройти соответствующую подготовку (глава 9). Число врачей ФРМ в стране должно быть достаточным для удовлетворения потребностей населения в реабилитации, но не должно превышать этого числа, чтобы избежать чрезмерного потребления реабилитационной помощи. Политики должны принимать обоснованные решения на основе правильных данных и прогнозов. Это, очевидно, также относится к другим реабилитационным медицинским работникам, входящим в реабилитационные команды (главы 3 и 7). Не все профессии все еще хорошо представлены во всех странах, и этот вопрос должен решаться европейскими организациями на европейском уровне. Врачи ФРМ играют важную роль в учебных программах реабилитационных медицинских работников, таких как, например, физических терапевтов или эрготерапевты. Технические ресурсы включают средства, оборудование и технологии реабилитации, в зависимости от вида заболевания и конкретных целей реабилитации пациентов.

Способ выделения финансовых ресурсов на реабилитационные услуги различается в разных странах Европы (глава 2). В большинстве европейских стран мероприятия ФРМ покрываются государственной страховкой, особенно в случае неотложной специализированной реабилитации, часто с доплатой личных средств пациента, которая обычно больше суммы при лечении хронических состояний и при длительном лечении. Таким образом, распределение ресурсов на деятельность в области ФРМ в основном определяется разработчиками политики здравоохранения. Сбор правильных данных, а также исследования эффективности реабилитационных вмешательств имеют решающее значение для помощи политикам и руководителям в принятии справедливых и

обоснованных решений в отношении бюджета. Исследования, которые могут улучшить клиническую практику, предполагают наличие критической массы исследователей, работающих в команде в благоприятных условиях. К сожалению, в реабилитационной медицине существует слишком мало исследовательских возможностей такого рода, чтобы обеспечить надежное будущее в этой области. Так что и в области реабилитационной науки наращивание потенциала является важной задачей.¹⁹

Принятие решений на макроуровне о выделении ресурсов для реабилитации по сравнению с другими областями здравоохранения – главным образом, лечение и (первичная) профилактика – и о распределении ресурсов между различными направлениями реабилитации – реабилитация после ампутации, реабилитация после инсульта, реабилитация при сердечных нарушениях, реабилитация позвоночника, и многое другое – требует обоснованного процесса. Существует несколько способов определения того, что справедливо, например, в зависимости от серьезности проблемы со здоровьем (чем серьезнее ограничение жизнедеятельности у населения, тем больше оно нуждается в помощи) по сравнению с перспективами успеха (в области здравоохранения). В основе таких разных способов определения справедливости лежат разные ценности, например, необходимость определяется степенью тяжести, подразумевая теорию справедливости в отношении благосостояния, тогда как результат лежит в основе успеха, подразумевая утилитарную теорию справедливости (признавая, что эти подходы не являются взаимоисключающими или исчерпывающими). Решение этой и других подобных проблем распределения ресурсов в связи с реабилитацией может потребовать разработки политики, составляемой на основе официальных публичных дебатов, обосновывающей этику в политической сфере в широком смысле.²⁰

На мезо- и микроуровне, пациенты, которым должны быть предоставлены реабилитационные услуги, должны определяться врачом ФРМ. Поскольку во многих центрах спрос на госпитализацию превышает число доступных мест, необходимо ежедневно принимать сложные решения. Врачи ФРМ часто вынуждены играть роль вратаря в реабилитационном центре. Если потребности пациентов превышают доступные ресурсы, тогда необходимо принять решения о распределении ресурсов. Врач ФРМ должен попытаться найти баланс между благодеянием и правосудием.²¹

Управление клинической практикой и компетенции в ФРМ

Физическая и реабилитационная медицина – это медицинская специальность, которая фокусируется на эффективном контроле, с точки зрения человека, изменений и потерь. ФРМ является наиболее отличительной в процессе обучения, распространения способа мышления, который позволяет пациентам и практикующим врачам справляться с заболеваниями, приводящими к инвалидности, а не сосредотачиваться на лечении основного состояния.²² Врачи ФРМ наиболее эффективны и необходимы для контроля более сложных и приводящих к инвалидности нарушений; в таком контексте врач ФРМ будет выполнять несколько функций, включая роль в общественном здравоохранении, которая учитывает маргинализацию и отчуждение человека из окружающих или социальных структур и определяет реабилитацию в качестве ключевой части всех медицинских меропри-

ятий. Инвалиды и люди с ограниченными физическими возможностями подвергаются особому риску получения медицинских услуг низкого качества.²³

Управление клинической практикой

Управление клинической практикой – это прозрачный и ответственный процесс, который тщательно анализирует как индивидуальные, так и служебные показатели, чтобы предотвратить или устранить проблемы до того, как пациенты пострадают от травм или на сотрудников будет наложено дисциплинарное взыскание.

Его задачей является повышение качества обслуживания, ориентированного на человека, и демонстрация как специальным уполномоченным, руководителям, так и пациентам того, что услуги соответствуют приемлемым стандартам.²⁴ Оно зависит от:

- реализации национальных и международных стандартов и руководящих принципов;
- разработки, проведения и распространения ревизий, проводимых в отношении таких стандартов, выполнения рекомендаций и последующей повторной ревизии (цикл ревизии);
- посещения учреждений для проверки удовлетворения потребностей нуждающихся людей, поступающих в реабилитационные службы (таблица II); сбор данных о согласованных на национальном уровне результатах в отношении реабилитационных услуг в таких учреждениях (таблица II). Более крупные службы могут запрашивать индивидуальную аккредитацию международными организациями, такими как Комитет по клиническим вопросам Секции UEMS-PRM или CARF;
- регулярная поддержка оценки достижений и потребностей в развитии врачей ФРМ (таблица III);
- экспертная оценка. Эффективность врача ФРМ не может рассматриваться отдельно от работы реабилитационной команды. Посещение многопрофильной команды, включающей врача ФРМ, медсестру, руководителя и терапевта, может оценить работу целой команды или службы, и роль врача ФРМ в ней;
- обратная связь с пациентом и его семьей. ФРМ должна быть сверх ориентированной на человека дисциплиной, с обращением должного внимания практического опыта как пациентов, так и их родственников.

В некоторых странах врачи ФРМ работают в относительной медицинской изоляции и имеют дело с широким спектром сложных медицинских заболеваний. Механизмы управления должны обеспечивать регулярное общение старших врачей с другими врачами ФРМ, их интеграцию в коллектив и поддержку коллегам по другим специальностям,²⁵ тем самым устраняя необходимость работать за пределами своей компетенции.

Для достижения данной цели рекомендуется, чтобы в каждой службе был определен ведущий врач, который будет отвечать за управление. Такой врач должен:

1. определять соответствующие руководящие принципы и стандарты;
2. организовывать и проводить регулярные местные и региональные совещания по вопросам управления и содействовать контактам со связанными специальностями;
3. описывать деятельность по управлению в соответствующих органах и сообщать о неблагоприятных инцидентах и жалобах вместе с предлагаемым планом решения возникающих трудностей;

Таблица II. *Оценивание врачей ФРМ.*

Соответствующие навыки и поведение
<ol style="list-style-type: none"> 1. Навыки коммуникации и межличностных отношений 2. Уважение, вежливость и сочувствие к персоналу, пациентам и семьям 3. Эффективное управление стационарными отделениями ФРМ 4. Эффективная ФРМ, как в клинике, так и по месту жительства 5. Навыки выполнения процедур и назначение лечения 6. Развитие команды 7. Разработка услуг 8. Надлежащее реагирование на жалобы и неблагоприятные инциденты и извлечение опыта из них 9. Участие в непрерывном профессиональном развитии, управление клинической практикой и улучшение качества услуг 10. Участие в многопрофильном преподавании и исследованиях
Соответствующая документация и методы оценки
<ol style="list-style-type: none"> 1. Самооценка и самоанализ 2. Отчеты об услугах: активность и результаты 3. Обратная связь с несколькими источниками 4. Аудиторские отчеты, анонимные клинические письма и краткие сводки 5. Удовлетворенность пациента 6. Составление отчетов о неблагоприятных случаях 7. Жалобы и благодарности 8. Данные об образовании 9. Данные о преподавательской деятельности и отзывы 10. Заявки на гранты, результаты исследований и публикации 11. Многопрофильная экспертная оценка 12. Личностный план развития

4. способствовать улучшению качества обслуживания. Это возможно только при наличии общей структуры управления и бюджета. Службы должны избегать ситуаций, в которых члены команды работают в разных агентствах и подчиняются нескольким руководителям.

ФРМ зависит от применения индивидуальным и скоординированным способом нескольких навыков решения сложных и отдельных проблем. Таким образом, она зависит от успеха эффективной коммуникации и взаимоотношения в реабилитационной команде и полного доверия пациентов к опыту тех, кто несет ответственность за их лечение.

Компетенции и структуры управления клинической практикой, описанные в данной главе, должны тем или иным образом поддерживать такое доверие.

Различные фазы процесса ФРМ

Фазовая модель процесса ФРМ включает фазы в течение всего непрерывного ухода. Эти различные фазы процесса ФРМ зависят от временных аспектов заболевания: врожденного или приобретенного, а в случае последнего – является ли оно острым, прогрессирующим или дегенеративным.

В период роста применяется термин «абилитация». Абилитация относится к процессу, направленному на то, чтобы помочь инвалидам достичь, сохранить или улучшить навыки и функционирование для повседневной жизни (Rehabilitation International: www.riglobal.org/projects/habil-rehabilitation/).²⁵ Этот термин происходит от высокой адаптируемости и связанности всех функций организма во время роста, и включает в себя: максимально возможное остаточное развитие нарушенной функ-

Таблица III. *Составление отчетов о службах.*

Базовые ценности (Уважение, сочувствие, забота)
<p>Документация и оценки</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Национальные стандарты для конкретной реабилитационной службы в отношении персонала, учреждений и обучения 2. Оценка исходов на национальном уровне (может потребоваться отчетность в национальную базу данных) <ul style="list-style-type: none"> Типология Время ожидания Продолжительность госпитализации Реабилитационный вклад Реабилитационный исход Место выписки и долгосрочный результат Как минимум, предполагается, что все пациенты должны иметь по крайней мере одну согласованную оценку результата, данную при поступлении и выписке 3. Согласование и достижение целей <ul style="list-style-type: none"> Как минимум, предполагается, что все пациенты, поступающие на реабилитацию, должны иметь набор целей, установленных и согласованных между командой и пациентом/семьей в течение определенного времени с начала поступления 4. Отчетность о нежелательных явлениях, угрозах и других неблагоприятных ситуациях пациентов 5. Отзывы пациентов в режиме реального времени, удовлетворенность пациентов на момент завершения программы реабилитации или в клинике, отчеты фокус-групп, благодарности и жалобы

ции, приобретение новых (компенсаторных) навыков и предотвращение вмешательства в нормальное развитие функций, не затронутых напрямую. Абилитация у детей с (врожденным или приобретенным в раннем возрасте) нарушением или инвалидностью состоит из непрерывного процесса с более интенсивными этапами в соответствии с этапами развития. Эти услуги часто предоставляются в рамках Услуг по развитию детей.

В случае резко приобретенного заболевания, фазы ФРМ традиционно подразделяют на острую, подострую и долгосрочную фазу. Совсем недавно была разработана «преабилитация» в качестве стратегии ФРМ. Она состоит из образовательной программы и предоперационной физической и/или психологической подготовки, улучшающей функциональный и умственный потенциал, направленный на улучшение послеоперационных функциональных результатов. В литературе, в основном в области ортопедической или онкологической хирургии, даются ранние доказательства того, что профилактика может сократить продолжительность госпитализации и, возможно, обеспечить физические улучшения после операции.²⁶

ФРМ в учреждениях неотложной помощи

Неотложная или ранняя ФРМ состоит из программы специализированной медицинской реабилитации во время неотложной госпитализации после травмы или болезни, или из-за комплексного лечения или его осложнений. Термин также может применяться к приступам у человека с установленной инвалидностью (например, внезапный рецидив множественного рассеянного склероза, а также перелом бедра у пациента с инсультом, или тяжелая инфекция у пациента с расщелиной позвоночника). Реабилитационная деятельность находится под

ответственностью врача ФРМ, включая вклад многопрофильной реабилитационной команды, а также других соответствующих медицинских и хирургических специалистов, начиная с момента интенсивной терапии. Это подробно описано Уордом, а клиническая деятельность подробно описана Стэмом.^{25, 27} Неотложная реабилитация направлена на предотвращение осложнений иммобилизации (например, саркопения, ортостатическая дисфункция, контрактуры, тромбоз) и вторичных нарушений (например, нейрогенный мочевого пузыря и кишечника, гетеротопическая оссификация или спастичность) и на улучшение функции и активности (например, мобильность, координация, повседневная активность). Акцент реабилитационной терапии также включает в себя контроль боли, информирование и обучение пациентов и их семей, обучение персонала неотложной помощи, прогнозирование и составление плана реабилитации с целью сортировки дальнейших программ реабилитации. Таким образом, роль врача ФРМ в неотложной реабилитации заключается в анализе и контроле состояния здоровья пациентов (например, дыхание, глотание, двигательные функции или функции автономной нервной системы, сердечно-сосудистой системы, мочевого пузыря или кишечника и функции ЖКТ, нарушения глотания), применяя фармакологические и физические методы лечения, и в координации действий многопрофильной реабилитационной команды.²⁵ Для этого требуется высокий уровень подготовки в области неотложной медицины и интенсивной терапии, и работа в тесном сотрудничестве с другими медицинскими специалистами. Командная работа с регулярными консультациями и групповыми встречами имеет решающее значение для успешного результата неотложной реабилитационной помощи.^{25, 28} Во многих европейских странах, таких как Германия, управление работой команд по неотложной реабилитации врачом ФРМ является обязательным в силу нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения.²⁹ Неотложная реабилитация может проводиться несколькими способами, которые также можно комбинировать в зависимости от размеров и контекста больницы:

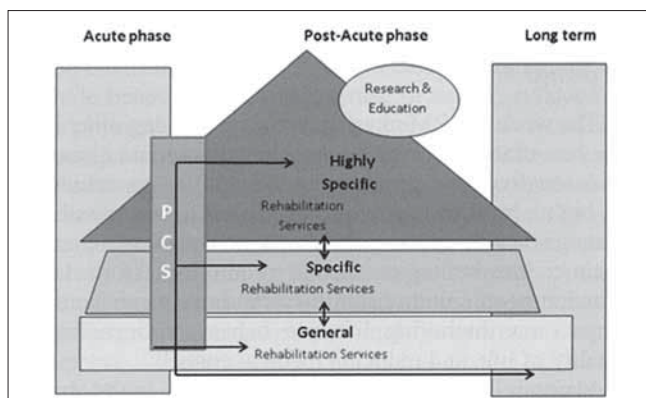
- перевод пациентов на койки ФРМ или в подразделение ФРМ в больнице неотложной помощи (отделение неотложной реабилитации, или ОНР);
- Отделение ФРМ с выездом мобильной бригады ФРМ под руководством врача ФРМ (бригада неотложной реабилитационной помощи или ART), пока пациент занимает койко-место, закрепленное за лечащим врачом. Процедуры диагностики и лечения ФРМ могут проводиться в отделении или в, в зависимости от общего и медицинского состояния пациента;
- выезд мобильной бригады ФРМ под руководством врача ФРМ, пока пациент остается в койке направляющего специалиста (бригада неотложной реабилитационной помощи или ART).
- ежедневные посещения палат неотложной помощи врачами ФРМ из отдельного учреждения ФРМ;
- учреждения неотложной помощи в центрах ФРМ или реабилитационных больницах, способные предоставлять медицинское лечение пациентам с персистирующими острыми состояниями и принимать пациентов на ранних стадиях с целью начала их программы ФРМ;
- в университетских больницах и в крупных больницах неотложной помощи необходимо создать подразделение или отделение ФРМ для обеспечения реабилитации в период острой фазы.

Программы ФРМ в учреждениях неотложной помощи и помощи в период восстановления ускоряют темпы восстановления независимости и приводят к более ранней выписке. Кроме того, они уменьшают осложнения и боль, оптимизируют функционирование, выявляют когнитивные и эмоциональные проблемы при ТВИ при отсутствии физических нарушений, а также улучшают шансы на самостоятельную жизнь и возврат к работе.

В последнее время наблюдается тенденция к «ранней неотложной реабилитации». Недавние исследования, посвященные раннему началу реабилитации в отделении интенсивной терапии (ICU), продемонстрировали улучшение физических функций и качества жизни, а также показателей повторной госпитализации, помещения в специальные учреждения и смертности, а также сокращение продолжительности пребывания в ICU и в больнице.³⁰ Программы ранней реабилитации в ICU позволяют достичь экономии затрат или нулевой стоимости услуг. Bailey et al.³¹ представляют стратегию отбора подходящих кандидатов для ранней реабилитации для борьбы с приобретенными в ICU сопутствующими заболеваниями. В академических третичных центрах койки для неотложной реабилитации иногда устанавливают рядом с ICU.^{32, 33}

ФРМ в учреждениях реабилитации в период восстановления

Пациенты с (потенциальной) остаточной нетрудоспособностью после острой болезни, или травм и/или оставшихся реабилитационных потребностей и целей будут направлены после острой фазы на дальнейшие мероприятия ФРМ в период восстановления. Это может быть стационарное реабилитационное учреждение или амбулаторное учреждение в отделениях ФРМ.³⁴ Пациенты начинают программу целевой многопрофильной реабилитации под руководством врача ФРМ. Услуги ФРМ необходимо планировать и предоставлять через согласованные сети («разветвленные»), чтобы охватить весь спектр обслуживания, основанный на процессе сортировки. Пациенту следует назначить соответствующий уровень реабилитационной помощи на основании результатов оценки сортировки с использованием системы классификации пациентов (рисунок 1). Эти уровни зависят от сложности потребностей и целей реабилитации, а также от уровня заболеваемости / распространенности заболевания: общего или основного, специализированного или вторичного уровня, или узкоспециализированного или третичного уровня.^{35, 36} После сортировки программа реабилитации будет определяться на основе анализа, после чего будут проводиться мероприятия. Оценка проводится регулярно, чтобы определить новые цели, которые должны быть достигнуты либо в той же службе, либо на другом уровне помощи, если это необходимо. Такой повторяемый процесс также называется циклом реабилитации (см. Главу 7). Пациенты принимаются в учреждения реабилитации в период восстановления в следующих случаях: 1) в достаточно стабильном медицинском состоянии и способные активно участвовать в программе ФРМ; 2) пациенты могут воспользоваться многопрофильным подходом; 3) у пациента есть определенные цели, мотивация и достаточный учебный потенциал. Врач ФРМ уточнит диагноз, сообщит прогноз пациенту, семье и людям, осуществляющим уход, а также возглавит команду и службу во всех аспектах. В учреждении реабилитации в период восстановления прини-



Acute phase
Post-acute phase
Long term
Research and education
Highly specific
rehabilitation services
Specific rehabilitation services
General rehabilitation services
services PCS

Острая фаза
Подострая фаза
Длительная фаза
Исследования и образование
Узкоспециализированные
реабилитационные услуги
Специализированные
реабилитационные услуги
Общие реабилитационные
услуги СКП

Рисунок 1. Модель стратифицированной реабилитации.⁹³

маются пациенты с внезапно начавшимся заболеванием. Однако пациентам с прерывистыми, прогрессирующими или стабильными заболеваниями могут оказать помощь в фазах смены потребностей.

СКП: система классификации пациентов. Во время реабилитации в период восстановления врач ФРМ позаботится о комплексном восстановительном процессе.³⁴ Это включает в себя продолжение лечения основных заболеваний и/или последствий операции или других инвазивных методов лечения, а также тренировку функций и деятельности организма. В подострой фазе все больше и больше на передний план выходит планирование и подготовка к реинтеграции в общество. Это включает в себя независимую жизнь, занятость, образование и другие сферы участия. Это также означает работу с родственниками, социальными службами и работодателями, а также обучение и подготовку пациента.

ФРМ в учреждениях длительной реабилитации

После периода помощи в период восстановления, будь то стационарно или амбулаторно, некоторые пациенты могут нуждаться в длительном лечении. Длительная реабилитация – это помощь, оказываемая в течение длительного периода времени людям с продолжительной нетрудоспособностью или трудностями в функционировании. Длительный уход также может быть связан с хроническим заболеванием.³⁷ Услуги длительной реабилитации могут предоставляться в виде периодического стационарного лечения или непрерывной реабилитации в амбулаторных/домашних условиях/по месту жительства.

При длительном уходе, ФРМ может предоставлять множество важных реабилитационных услуг. Спектр достигается благодаря непрерывному контролю функционирования и инвалидности, длительной фармакотерапии, назначению терапии (например, физическая терапия, эрготерапия, занятия с логопедом или нейропсихологом) или предоставлением вспомогательных устройств. Врачей ФРМ также обучают давать рекомендации пациентам, родственникам и людям, осуществляющим уход, а

также работодателям и другим общественным организациям. Врачи ФРМ должны участвовать в программах CBR, например, в качестве советника и/или тренера местного реабилитационного персонала. Врачи ФРМ могут поддерживать врачей общей практики и других медицинских специалистов, давая советы и/или координируя реабилитационные сети, что особенно важно при редких заболеваниях или инвалидности.

В длительную фазу лечения ФРМ особое внимание уделяется мероприятиям по поддержанию и вторичной профилактике, но об этом подробнее говорится в следующих главах.

Ниже приводится история болезни с примером ведения пациента на разных этапах процесса реабилитации с применением методов ФРМ:

История болезни пациента с потерей конечности

Мужчина в возрасте 55 лет страдает хроническим остеомиелитом и открытыми ранами на левой пяточной кости после автомобильной аварии, произошедшей пять лет назад. Пациент перенес несколько хирургических и медицинских вмешательств, но выздоровление не произошло, а качество жизни сильно снизилось. Три года назад он перестал работать техником. Его направляют на консультацию с врачом ФРМ относительно возможной ампутации. После многодисциплинарной оценки рекомендуется назначить трансстибиальную ампутацию, и пациента вносят в программу реабилитации, включающую восстановление, укрепление правой нижней и обеих верхних конечностей, ходьбу на костылях, и образовательную программу. Через два месяца проводится ампутация, а затем – немедленная послеоперационная реабилитация без применения протеза («неотложная реабилитация»). После выписки, проводится наблюдение в период восстановления и через два месяца после установки протеза («подострая реабилитация») предоставляется 4-недельная программа стационарной реабилитации. Через два месяца пациент уже может после прохождения переаттестации водить машину и вернуться к работе. На долгосрочной основе проводится ежегодное наблюдение для калибровки и/или обновления протеза («длительная фаза»).

Заключение

В зависимости от типа состояния здоровья и функциональных потребностей процесс ФРМ будет состоять из разных этапов. Регулярная переоценка и сортировка с назначением пациента на соответствующий уровень и в учреждении реабилитационной помощи являются обязательными. Услуги по реабилитации должны быть стратифицированы и организованы по сетям, чтобы обеспечить максимально возможную помощь, адаптированную к потребностям и целям человека, в рамках непрерывного ухода.

Профилактика, поддержание и укрепление здоровья в ФРМ

В литературе термины «профилактика», «поддержание здоровья» и «пропаганда здорового образа жизни» часто используются взаимозаменяемо, и связанные с ними виды деятельности существенно пересекаются (например, физическая активность или здоровое питание). Поэтому они рассматриваются в одном разделе. Четкого

согласия в отношении соответствующих определений нет. После обобщенного введения, чтобы различать разные термины, мы рассмотрим различные темы с точки зрения ФРМ. Здоровье можно рассматривать как непрерывный процесс с нейтральным состоянием посередине, отрицательным (болезнь) слева и положительным (благополучие) справа, и соотносить соответственно с каждой из трех концепций.³⁸

Профилактика заболеваний включает в себя действия по уменьшению или устранению рисков, которые могут увеличить шансы на заболевание, инвалидность или смерть отдельного человека или целой группы. Первичная профилактика относится к действиям, направленным на то, чтобы избежать или устранить причину проблемы со здоровьем у отдельного человека или населения до ее возникновения.³ Вторичная профилактика включает в себя действия по выявлению проблемы со здоровьем на ранней стадии у человека или населения, облегчению лечения, сокращению или предотвращению ее распространения, или снижению или предотвращению ее долгосрочных последствий.³ Третичная профилактика направлена на снижение воздействия уже имеющегося заболевания, на восстановление функции и уменьшение связанных с заболеванием осложнений.³

Поддержание здоровья связано с поддержанием уровня стабильной ситуации и максимальной функции, например, посредством массовых обследований, соблюдения здорового образа жизни и обращения внимания на психосоциальные и духовные моменты.³⁹ В случае стабильности здоровья, улучшение здоровья и благополучия может быть достигнуто посредством укрепления здоровья: развитие характеристик, которые улучшают физическое функционирование и повышают способность человека адаптироваться к изменяющейся среде. Укрепление здоровья определяется ВОЗ как процесс, позволяющий людям усилить контроль над своим здоровьем и его определяющими факторами, и тем самым улучшить свое здоровье. Таким образом, укрепление здоровья помогает людям продвигаться вверх в непрерывном процессе здоровья.

Профилактика, поддержание и укрепление здоровья, относящиеся к ФРМ

Работа врачей ФРМ, среди прочих вопросов, фокусируется на стратегиях, позволяющих людям с хроническими заболеваниями и длительной или ранее существовавшей нетрудоспособностью достигать максимально высокого уровня здоровья и качества жизни благодаря усилиям по укреплению здоровья и профилактическим и поддерживающим стратегиям. Усилия по укреплению здоровья, ориентированные на людей с ограниченными возможностями, могут оказать существенное влияние на улучшение образа жизни, повышение качества жизни и сокращение медицинских расходов.⁴¹

Поддержание или улучшение здоровья может быть более сложным для людей с ограниченными возможностями, поскольку они подвержены повышенному риску некоторых физических, психологических, социальных и эмоциональных проблем, которые упоминаются в опубликованной литературе как вторичные нарушения.

Эти нарушения, очевидно, оказывают глубокое негативное воздействие на здоровье и функцию людей с ограниченными возможностями и в совокупности могут серьезно ограничить участие в деятельности общего характера.⁴²

Профилактика или лечение вторичных нарушений, факторов риска и связанных с ними переменных, является важным приоритетом.³

В нескольких поперечных исследованиях сообщалось о вторичных нарушениях в количестве от 4 до 13 у людей с физическими и когнитивными нарушениями.⁴³⁻⁴⁵ Хотя многие из этих состояний (например, боль, усталость, увеличение веса, депрессия) также возникают и у людей без инвалидности, уникальными для людей с ограниченными возможностями и нарушениями, приводящими к инвалидности, их делает то, что они происходят гораздо чаще как у детей, так и у взрослых с ограниченными возможностями. Такая повышенная частота является одним из критериев, который используется при рассмотрении состояния как вторичного нарушения.⁴⁶

Алгоритм принятия решений для контроля вторичных нарушений начинается с выявления и управления факторами риска (т.е. основного нарушения, которое предрасполагает больного к вторичному нарушению) и продолжается с последующим контролем (например, посредством вмешательств) вторичного нарушения.⁴⁶ Он охватывает начало и течение вторичных нарушений (неизменяемые предвестники болезни и изменяемые факторы риска) и определяет результаты, связанные со вторичными нарушениями на индивидуальном и социальном уровнях. Неизменяемыми предвестниками болезни являются социально-демографические факторы, ранее существовавшие нарушения, факторы, относящиеся к инвалидности, и связанные с ними условия.

Изменяемые факторы риска разделяются на личные и внешние факторы риска. К личным факторам риска относятся такие виды поведения, как перегрузка или бездействие, снижение или отсутствие физической активности, плохое питание, неправильное применение лекарств, плохое участие в реабилитации и более усиленный прием веществ (например, табак, алкоголь, предписанные лекарства и запрещенные наркотики). К внешним факторам риска относятся сокращенное или некачественное медицинское обслуживание, снижение доступа к городской среде, плохая доступность программ укрепления здоровья (например, отсутствие транспорта для программ укрепления здоровья по месту жительства) и ограниченная социальная поддержка или ее отсутствие.

Кроме того, необходимо устранить социальные и внешние барьеры, которые мешают взрослым с инвалидностью вести более здоровый образ жизни и улучшать свое здоровье.⁴⁷

Профилактика заболеваний в ФРМ

Как упоминалось выше, профилактика заболеваний классифицируется как первичная, вторичная или третичная.

Медицинская реабилитация традиционно считается стратегией третичной профилактики, но врачи ФРМ могут участвовать в профилактике заболеваний или травм на всех уровнях.

Врач ФРМ играет роль в первичной профилактике с помощью различных стимулов в области ФРМ (например, физической терапии или физических упражнений), которые могут значительно улучшить регуляторные механизмы почти всех систем органов. Положительный результат может быть достигнут путем задержки или предотвращения частоты хронических заболеваний, например, сердечно-сосудистых заболеваний, таких как

гипертония или атеросклероз, метаболических нарушений, например, метаболический синдром, или мышечно-скелетных нарушений, например, остеопороз. Физическую активность связывают с меньшими рисками возникновения многих видов рака.⁴⁹

Как предложено в инициативе «Назначение упражнений для здоровья» Европейской федерации ассоциаций спортивной медицины (ЕФАФМ), физическая активность и физические упражнения должны быть привычными составляющими профилактики заболеваний и лечения, призывая медицинских работников оценивать и анализировать программы физической активности пациентов на каждом посещении. Кроме того, в журнале «Lancet» недавно был опубликован призыв к увеличению мероприятий в области физической активности во всем мире, способствуя усилению более масштабных и разумных подходов к тому, чтобы заставить людей двигаться.⁵⁰ Помимо заболеваемости и преждевременной смертности физическая бездеятельность несет ответственность за существенную экономическую нагрузку.⁵¹

ФРМ также играет важную роль в профилактике заболеваний поясницы и шейки матки, сердечно-сосудистых и метаболических заболеваний, и в предотвращении жалоб, связанных с профессиональной деятельностью. Существует широкий спектр профилактических мер, применяемых врачами ФРМ, таких как программы упражнений по аэробике, тренировка мышц и равновесия, школа здоровой спины, программы профилактики нарушений, связанных с профессиональной деятельностью, и обучение и рекомендации по здоровому поведению.⁵² Программа ФРМ также может сократить риск падения у пожилых людей и улучшить их независимость.⁵³ Что касается дорожно-транспортных происшествий, врачи ФРМ могут, например, пропагандировать ношение шлема во время езды на велосипеде.

У людей с ограниченными возможностями первичная профилактика включает в себя усилия по предотвращению ухудшения состояния здоровья, а также должна включать надлежащим образом разработанные меры по устранению факторов риска развития хронических нарушений.⁴⁸

Вторичная профилактика с применением физических терапевтических методов является примером в случае регуляторных расстройств артериального давления, болей в спине или остеопороза. При гипертонии функциональная адаптация может привести к улучшению регуляторных механизмов, которые могут предотвратить или, по крайней мере, задержать начало клинически выраженной гипертонии. Первый этап лечения гипертонии – это изменение образа жизни, включая физические упражнения. При вторичной профилактике болей в спине укрепление мышц и улучшение моделей движения могут иметь значительную роль. При остеопорозе важно предотвратить деструкцию костей путем дозированной физической активности.⁵⁴ Программы кардиологической реабилитации / вторичной профилактики считаются стандартом лечения и обеспечивают критически важные ресурсы для оптимизации ухода за пациентами с сердечной недостаточностью.⁵⁵ Имеются убедительные доказательства влияния реабилитационных мероприятий на интенсивное целенаправленное обучение с высокой частотой повторений во всех фазах после инсульта.⁵⁶ Мероприятия медицинской реабилитации, направленные на повышение активности, такие как предоставление вспомогательных технологий, можно рассматривать как вторичную профилактику.⁴⁸

Для людей с ограниченными физическими возможностями или с нарушениями, приводящими к инвалидности, третичная профилактика предназначена для уменьшения ограничения участия человека в определенной области путем предоставления фасилитаторов или устранения барьеров. Изменения окружающей среды, предоставление услуг, устранение физических барьеров, изменения в социальных установках и реформа законодательства и политики являются стратегиями третичной профилактики.⁴⁸

Третичная профилактика включает лечение сразу после проявления симптомов заболевания для предотвращения осложнений (например, профилактика тромбоза глубоких вен и соответствующая мобилизация для предотвращения разрушения кожных покровов у пациентов после инсульта). Третичная профилактика включает постоянные интервальные усилия по максимизации и поддержанию функциональных возможностей в течение всего жизненного цикла. Таким образом, длительный контакт с человеком с инвалидностью или с нарушением, приводящим к инвалидности, имеет важное значение для предоставления реабилитации до полного выздоровления и предотвращения развития в дальнейшем предотвратимых осложнений.

Многие пережившие критическое заболевание испытывают значительные физические, психологические и когнитивные нарушения, особенно в случае длительного «постельного режима». Новые исследования подтверждают включение двигательных программ и физической активности в процедуры ухода для реанимационных пациентов как третичную профилактику.⁵⁷

Организация здравоохранения в ФРМ

Сопровождение и поддержка также входят в сферу компетенции ФРМ. Они имеют большое значение для пожилых пациентов, а также при таких хронических нарушениях, как хроническая боль, травма спинного мозга, потеря конечности, повреждение головного мозга и многие другие. Мероприятия по сопровождению необходимы для предотвращения потери достигнутого функционального уровня после более интенсивного этапа реабилитации.

Мероприятия по сопровождению в ФРМ направлены на поддержание максимальной функции и предотвращение предсказуемых и предотвратимых осложнений при стабильных, хронических, приводящих к инвалидности, и прогрессирующих ухудшающихся нарушениях. Поэтому, когда врачи ФРМ имеют дело с продолжительными медицинскими потребностями тех, кто страдает хроническими заболеваниями, они должны рассматривать организацию здравоохранения, связанную с инвалидностью, и общие стратегии укрепления здоровья как не менее важные составляющие помощи. Для этого, они должны усовершенствовать свои ценностные ориентации и включить концепции укрепления здоровья и снижения риска вторичного нарушения.⁵⁸

Медицинская реабилитация имеет несколько особенностей, которые накладываются как на первичную медико-санитарную помощь, так и на укрепление здоровья: все они подчеркивают образование и поощрение самоорганизации и ответственности, учитывают потенциальное или фактическое воздействие данного физического или когнитивного/эмоционального состояния по нескольким аспектам здоровья. Наконец, все они касаются как поддержания здоровья, так и профилактики заболе-

ваний, с тем чтобы улучшить и защитить функциональные возможности на протяжении всей жизни.⁵⁸ Как врачи, занимающиеся функционированием, врачи ФРМ осознают опасность снижения активности во всех ситуациях по всем причинам; как медицинских, так и внешних. На самом деле, часто врачи ФРМ являются единственными врачами, которые знакомы с поддержанием функции посредством физической активности в сотрудничестве с физическими терапевтами, эрготерапевтами, медсестрами, лицами, осуществляющими уход и членами семьи. Знание того, как изменить физическую и социальную среду для обеспечения максимального функционального движения и общего функционирования для своих пациентов, позволяет врачам ФРМ улучшать и поддерживать функционирование у своих пациентов. Акцент на повседневной активности – это попытка вернуть функциональные движения человеку с ограниченными возможностями, что позволит ему поддерживать базовый уровень физической активности, необходимый для автономности и независимого передвижения.⁴⁶ Мероприятия по сопровождению включают программы, созданные врачом ФРМ и включающие в себя действия и/или механизмы, которые помогут пациенту максимизировать или поддерживать прогресс, которого он достиг во время терапии, или предотвратить или замедлить дальнейшее ухудшение, вызванное заболеванием или нарушением, в долгосрочной перспективе.

Сопровождение, а также профилактика заболеваний и укрепление здоровья должны быть индивидуально адаптированы к заболеванию, функциональному уровню и личному жизненному уровню человека.

Имеются достаточные доказательства того, что физическая активность снижает риск неинфекционных заболеваний и способствует укреплению здоровья.⁵⁹

Термин «адаптированная физическая активность» относится к физической активности, адаптированной к конкретным потребностям каждого человека с ограниченными возможностями.⁶⁰ Адаптированная реабилитация с применением физической активности основана на адаптации различных видов деятельности для удовлетворения потребностей каждого человека в реабилитационных учреждениях.

Ограничение физических возможностей и нарушение функций вследствие физической бездеятельности и физического ослабления приводят к дополнительным/постоянным ограничениям физических возможностей и нарушениям функций.⁶¹ Следовательно, укрепления здоровья и связанных с этим образовательных усилий будет недостаточно для людей с ограниченными возможностями без предоставления компонента физической подготовленности.⁵⁸ Такие мероприятия также охватывают вопросы участия, например, возвращение на работу или продолжение работы, или недопущение досрочного выхода на пенсию, вызванного проблемами со здоровьем. Используемые методы включают терапевтические упражнения, адаптированную физическую активность и спорт, изменения образа жизни, включая диетические и психологические мероприятия, и информирование в вопросах здоровья. Лица с хроническими нарушениями, которые участвовали в мероприятиях на основе адаптированной физической активности, показали статистически значимое улучшение физического и умственного функционирования в течение 12 месяцев после таких мероприятий.⁶²

Регулярные физические упражнения, физическая активность и поддержание высокого уровня подготовки

сердечно-респираторной системы считаются необходимыми составляющими в профилактике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний и играют важную роль в снижении риска ишемической болезни сердца при первичной и вторичной профилактике.⁶³

Во всем мире недостаток физической активности является причиной 6% заболеваемости ишемической болезнью сердца.⁶⁴ После программы кардиологической реабилитации сидячий образ жизни оказывает негативное влияние на основные факторы риска.⁶⁵ Способность переносить физические нагрузки является самым сильным предстакательным фактором смертности по сравнению с другими факторами риска.⁶⁶ Постоянное выполнение физических упражнений является одним из факторов, повышающих качество жизни и физическую активность.⁶⁷ Хотя фаза поддержания (фаза 2) сердечно-легочной реабилитации является наиболее важной частью программы, ей часто отводится наименьшее внимание. Польза от программы фазы 2 может быть утрачена в течение как минимум нескольких недель, если пациент перестает тренироваться. В связи с этим необходимо уделять особое внимание объяснению пациентам того, как важно сделать физические упражнения частью их новых полезных привычек и частью здорового образа жизни.⁴⁸

Во многих европейских центрах предлагается значительно более длительный курс начальной легочной реабилитации (например, шесть месяцев), однако нет доказательств того, что это обеспечивает большую эффективность и сохранение производительности.⁶⁸ При легочной реабилитации (PR) продолжение физической активности за пределами контролируемой части PR также рекомендуется, так как есть данные, свидетельствующие о том, что поддерживающие программы способствуют сохранению положительных результатов легочной реабилитации.⁶⁹

Барьерами на пути к участию в поддерживающих программах, которые необходимо преодолеть, являются страх, отсутствие мотивации, финансовые и транспортные проблемы, факторы окружающей среды, такие как социальная изоляция и изменения физического здоровья. Специалисты по реабилитации и социальные работники могут продлить реабилитацию и помочь людям с хронической обструктивной болезнью легких участвовать в деятельности, мотивируя и поощряя их, уменьшая их страхи и усиливая преимущества участия в деятельности.⁷⁰

На такие упражнения, фитнес и спортивные мероприятия редко выделяются средства, что делает их еще более недостижимыми для людей с ограниченными возможностями или хроническими заболеваниями, которые часто имеют небольшой доход.

На данном этапе, эффективная помощь пациентам после инсульта в участии в физической активности является приоритетом. Выполнение упражнений средней или высокой интенсивности уменьшает риск вторичного ишемического или геморрагического инсульта,^{71,72} улучшает скорость ходьбы, функциональную мобильность,⁷³⁻⁷⁵ мышечную силу и плотность костей⁷⁶ и положительно влияет на качество жизни.^{77,78} Кардиореспираторная подготовка и, в меньшей степени, смешанная подготовка снижают уровень нетрудоспособности во время или после оказания обычной помощи при инсульте; это может быть обусловлено улучшенной мобильностью и равновесием. Имеются достаточные доказательства для включения кардиореспираторной и смешанной подготовки, включая ходьбу, в программы реабилитации

после инсульта, с целью улучшения скорости и способности переносить ходьбу; может произойти некоторое улучшение равновесия.⁷⁹ Однако, инсульт приводит к сильным ограничениям возможностей, что затрудняет участие в физической активности, значительно ослабляет состояние сердечно-сосудистой системы,⁸⁰ что, в свою очередь, отрицательно сказывается на самочувствии, инвалидности и функциональной независимости⁸¹ и увеличивает риск повторного инсульта.⁸² Поэтому, понимание того, как лучше всего поддерживать таких пациентов в выполнении регулярной физической активности, имеет жизненно важное значение для их здоровья и благополучия.

Для улучшения физической подготовленности у людей с травмой спинного мозга даются следующие указания по физической активности: для значительных физических результатов взрослые с SCI должны выполнять (а) аэробные упражнения по крайней мере 20 мин со средней и сильной интенсивностью два раза в неделю и (б) силовые упражнения два раза в неделю, состоящие из трех подходов по 8–10 повторений каждого упражнения на каждую основную группу мышц.⁸³

В некоторых европейских странах (например, в Австрии, Германии, Италии, Польше) стационарная или дневная реабилитация играет важную роль в лечении более хронических состояний, например, хронические мышечно-скелетные или нервно-мышечные расстройства, хронические нарушения кровообращения, респираторные и метаболические заболевания, а также кожные заболевания и урологические или гинекологические нарушения. Периодические всплески интенсивной реабилитации могут также использоваться для борьбы со снижением функции даже через несколько лет после острого нарушения.⁸⁴

Глобальное укрепление здоровья в ФРМ

Вклад врачей ФРМ в «глобальное укрепление здоровья» должен быть описан со ссылкой на концептуальную перспективу и цели Глобального плана действий по борьбе с инвалидностью на 2014–2021 гг.⁴ Врачи ФРМ могут играть определенную роль в поддержке достижения трех основных целей Плана действий, а именно: устранение барьеров для предоставления медицинских услуг и программ; усиление и расширение применения реабилитации, абилитации и других вспомогательных технологий и услуг; усиление сбора данных и поддержание исследований в области инвалидности и соответствующих услуг.⁸⁵

В Плате инвалидность признается как «глобальная проблема общественного здравоохранения», а «Реабилитация» – как эффективная мера по уменьшению социальных последствий широкого диапазона нарушений, связанных с инвалидностью, и, таким образом, делается заключение, что реабилитация должна быть включена в концепцию всеобщего медицинского обслуживания.

Социальные и клиничко-эпидемиологические тенденции, такие как старение населения, растущая распространенность хронических нарушений, приводящих к функциональным ограничениям, увеличение выживаемости во многих разных организациях и повышение осведомленности общественности о ценности участия в социальной жизни, диктуют потребность увеличения роли реабилитации в здравоохранении. В общем понимании реабилитации, ФРМ – это медицинская специальность, которая в отношении многих других клинических

дисциплин может внести важный вклад в глобальное развитие здоровья среди людей с ограниченными возможностями или с нарушениями, приводящими к инвалидности, и хроническими заболеваниями. Врачи ФРМ действуют на клиническом уровне (стремясь улучшить способность людей взаимодействовать с окружающей средой) и на уровне окружающей среды (стремясь обеспечить оптимальную среду для практического применения таких способностей).

Позитивное влияние специальности ФРМ на глобальное укрепление здоровья можно определить с точки зрения:

- повышения общего уровня здоровья, функционирования, самочувствия и социального участия лиц с хроническими заболеваниями, инвалидностью или нарушениями, приводящими к инвалидности, на уровне населения (например, на уровне региона, страны или мира);
- снижения бремени болезней и инвалидности на социальном уровне, то есть смягчение последствий нарушений, приводящих к инвалидности, для семей, систем здравоохранения и социальных услуг;
- вклада в признание ценности и достоинства различий между людьми, способствуя тем самым развитию отношения к социальной интеграции в обществе.

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)⁸⁶ является широко распространенной и признанной эталонной концептуальной моделью ФРМ и может служить таковой для глобального укрепления здоровья. Важным аспектом модели МКФ является акцент на «компонент здоровья», а не на «последствия болезней», тем самым подчеркивая концепцию сплошного процесса в условиях здоровья, а не дуализм между здоровьем и болезнью. Другим аспектом является то, что МКФ явно нацелена на реализацию биопсихосоциальной модели, которая широко распространена в ФРМ.

Стратегии, с помощью которых специальность ФРМ может способствовать глобальному укреплению здоровья, основаны на:

- отношениях с широким кругом специалистов сферы здравоохранения не только в области реабилитации, но и в других дисциплинах. С этой точки зрения отношения с врачами общей практики и другими специалистами по первичной медико-санитарной помощи, очевидно, играют решающую роль;
- отношениях и сотрудничестве с рядом профессионалов и служб в сферах социальной защиты, социального обеспечения и общественных услуг, труда, образования и т.д.;
- отношениях и сотрудничестве с общинами, волонтерскими организациями, ассоциациями лиц с ограниченными возможностями, или другими потребителями, родственниками и т.д.;
- сотрудничестве со многими профессиональными и непрофессиональными организациями в содействии междисциплинарному и многопрофильному подходу к оказанию реабилитационных услуг.

Действия, с помощью которых врачи ФРМ могут способствовать глобальному укреплению здоровья:

- облегчить доступ людям с ограниченными возможностями или с нарушениями, способными вызвать инвалидность, к медицинским услугам и программам;
- просвещать медицинских работников в вопросах инвалидности и взаимосвязи инвалидности и медицинских последствий;

- повысить осведомленность учреждений, специалистов и общественности в целом по темам инвалидности и участия;
- содействовать здоровому образу жизни людей с ограниченными возможностями. В частности, ФРМ участвует в мероприятиях по продвижению регулярной физической активности;
- способствовать признанию «функционирования» в качестве существенной клинической функции в нескольких областях здравоохранения, в том числе в учреждениях первичной медико-санитарной и неотложной помощи;
- способствовать широкому включению функционального анализа в системы здравоохранения и принятию общей формулировки для описания функционирования (например, путем содействия разработке простых понятных инструментов оценки на основе таксономии МКФ;⁸⁷⁻⁸⁹
- сотрудничать со специалистами первичной медико-санитарной помощи (врачами общей практики и другими специалистами) для оказания услуг первичной реабилитации, а также обеспечивать связи первичных служб со вторичными и третичными реабилитационными центрами, и учреждениями, тем самым способствуя развитию интегрированных сетей реабилитационных услуг на местном, региональном и национальном уровнях;
- сотрудничать в продвижении реабилитации на местном уровне и ее связи с более специализированными уровнями реабилитации;
- повышать осведомленность и улучшать доступ и отношение учреждений и медицинских работников к профилактическим осмотрам (например, стоматологическая помощь) для людей с ограниченными возможностями, в частности женщин в отношении гинекологических осмотров;⁹⁰
- содействовать сбору данных и исследованиям по инвалидности на уровне населения (например, эпидемиологии функциональных ограничений), а также по разработке и внедрению инновационных моделей для удовлетворения возникающих потребностей людей с ограниченными возможностями.

Этика и услуги ФРМ

Реабилитация была предложена ВОЗ в качестве ключевой стратегии здравоохранения 21-го века.⁹¹ Более того, потребности в области реабилитации растут из-за нынешних тенденций в области здравоохранения, таких как старение населения, улучшение знаний и новых медицинских технологий, повышение выживаемости и ожидаемой продолжительности жизни, распространение хронических заболеваний, раннее начало реабилитации и ранняя выписка из учреждений неотложной помощи. Следовательно, затраты на реабилитацию растут, в отличие от сокращающихся бюджетов. Это заставляет делать выбор на макро-, мезо- и микроуровне здравоохранения.⁹² Биоэтические проблемы (этические проблемы в контексте здравоохранения) связаны с тремя основными моральными принципами: уважением автономии, принципом «делай благо» против принципа «не навреди» и справедливости.²⁰ Уважение этих принципов может привести к конфликтным ситуациям и этическим дилеммам.

В главах 2 и 7 обсуждались этические вопросы, связанные с макро- (политикой здравоохранения) и микро-

уровнем (уровень взаимодействия с пациентом). В данной главе рассматриваются выборы, которые должны быть сделаны на мезоуровне (организация здравоохранения: больницы, реабилитационные службы и т.д.).

Важной задачей врачей ФРМ является выбор пациентов, или «сортировка», для доступа к программе или услугам реабилитации.²¹ Цель заключается в том, чтобы назначить определенному пациенту, подходящий уровень реабилитации в подходящий момент времени с надлежащим финансированием. Сортировка должна основываться на многомерном функциональном статусе пациента и включать как медицинские, так и немедицинские факторы. Поэтому существует необходимость в системе классификации пациентов или в инструменте сортировки. Это также должно учитывать сложность потребностей и целей реабилитации пациента, а также его предпочтения. Частота и распространенность основного заболевания является еще одним параметром, а менее распространенные нарушения требуют более специфичных услуг, особенно в случае комплексных целей. Систему классификации/оценки пациентов следует использовать, начиная с острой фазы, чтобы направить пациента в то учреждение, которое предоставит ему соответствующий уровень реабилитационной помощи, на протяжении всего процесса ухода (рисунок 1). Однако, в большинстве служб реабилитации прием стационарных или амбулаторных пациентов ограниченный, и приходится ежедневно принимать сложные решения о приеме и выписке пациентов. Всегда необходимо делать выбор, лучший для пациента (принцип «делай благо»), но такой выбор может противоречить имеющемуся бюджету и более утилитарным соображениям. Похожий конфликт может возникнуть при выписке пациента. В большинстве европейских стран недостаточно специализированных учреждений для взрослых с тяжелыми формами инвалидности, которые не могут вернуться домой. Это создает проблемы с выпиской и, следовательно, с приемом («больные, нецелесообразно занимающие стационарную койку»). Кроме того, некоторые пациенты выписываются в неподходящие учреждения, такие как неспециализированные дома престарелых. В рамках, ограниченных (и в настоящее время сокращающихся) бюджетов имеющиеся финансовые ресурсы должны выделяться «справедливым» способом (принцип справедливости).

Еще одна проблема мезо-уровня касается отношения медицинских работников к людям с ограниченными возможностями и хроническим заболеваниям. Оно может варьироваться в зависимости от видения и приоритетов учреждения здравоохранения. Например, доступность гинекологических и акушерских услуг для женщин в инвалидном кресле и недостаточная информированность и осведомленность соответствующих медицинских работников часто являются препятствием для регулярного медицинского обследования таких женщин с особыми потребностями.

Вовлечение пациента и его семьи, а также участие равных консультантов в реабилитационной группе будет зависеть от ориентации пациента на конкретную реабилитационную службу или учреждение в целом.

В последние десятилетия значительно возросло использование технологий в области реабилитации. Робототехника и бионика являются частью повседневной практики. Таким образом, этический вопрос здесь уже не в том, следует ли использовать технологии, а скорее «как использовать», или «как техника влияет на нашу жизнь и наше поведение, формируя наши действия и переживания».⁹³

В заключение, в практике реабилитации, мы все чаще сталкиваемся с деликатными этическими вопросами. Решения должны приниматься ежедневно на микро-, мезо-, так же, как и на макроуровне здравоохранения. Этические ценности и культурные убеждения профессионалов, а также пациентов влияют на принятие решений в практике реабилитации. Нам нужно осознавать тот факт, что на результат лечения могут повлиять культурные различия. Поэтому этические и культурные вопросы должны быть частью учебных планов по реабилитации и последипломной подготовки, с учетом также использования технологий. Специалистам по реабилитации потребуется время, чтобы поразмыслить над этими вопросами с их коллегами и равными консультантами.

Список использованной литературы

- Krug E, Cieza A. Strengthening health systems to provide rehabilitation services. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017 Apr;53(2):153–4.
- Gutenbrunner C, Lemoine F, Yelnik A, Joseph P-A, de Korvin G, Neumann V, et al. The field of competence of the specialist in physical and rehabilitation medicine (PRM). *Ann Phys Rehabil Med*. 2011 Jul;54(5):298–318.
- World Health Organization, World Bank. World Report on Disability. 2011
- World Health Organization. Global Disability Action Plan [Internet]. 2014 Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/199544/1/9789241509619_eng.pdf?ua=1
- The United Nations. "Convention on the Rights of Persons with Disabilities." Treaty Series 2515 (CRPD) [Internet]. 2006 Available from: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-right-of-persons-with-disabilities-2.html>
- Gutenbrunner C, Bickenbach J, Melvin J, Lains J, Nugraha B. Strengthening health-related rehabilitation services at national levels. *J Rehabil Med*. 2017 Apr 6;
- Stucki G, Bickenbach J, Melvin J. Strengthening Rehabilitation in Health Systems Worldwide by Integrating Information on Functioning in National Health Information Systems. *Am J Phys Med Rehabil*. 2016 Dec 15;
- Hopfe M, Proding B, Bickenbach JE, Stucki G. Optimizing health system response to patient's needs: an argument for the importance of functioning information. *Disabil Rehabil*. 2017 Jun 6;1–6.
- Bickenbach J. The International SCI Survey and the Learning Health System for SCI. *Am J PMR*.
- Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Lond Engl*. 2015 Aug 22;386(9995):743–800.
- WHO. Rehabilitation Guidelines [Internet]. Available from: http://www.who.int/disabilities/rehabilitation_guidelines/en/
- Meyer T, Gutenbrunner C, Kiekens C, Skempes D, Melvin JL, Schedler K, et al. ISPRM discussion paper: Proposing a conceptual description of health-related rehabilitation services. *J Rehabil Med*. 2014 Jan;46(1):1–6.
- Gutenbrunner C, Bickenbach J, Kiekens C, Meyer T, Skempes D, Nugraha B, et al. ISPRM discussion paper: proposing dimensions for an International Classification System for Service Organization in Health-related Rehabilitation. *J Rehabil Med*. 2015 Oct 5;47(9):809–15.
- Kiekens C, Meyer T, Gimigliano F, Baffone C, Gutenbrunner CM, UEMS PRM ICF Workshop moderators and rapporteurs. European initiative for the application of the International Classification of Service Organization in Health-related Rehabilitation (ICSO-R). *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017;53(2):308–18.
- A gency for Clinical Innovation. ACI Rehabilitation Implementation Toolkit [Internet]. 2013 Available from: http://www.aci.health.nsw.gov.au/___data/assets/pdf_file/0008/190871/ACI-Rehabilitation-Implementation-Toolkit.pdf
- Crisp B, Swerissen H, Duckett S. Four approaches to capacity building in health: consequences for measurement and accountability. *Health Promot Int*. 2000;99–107.
- MSH. Capacity Building [Internet]. Available from: <https://www.msh.org/our-work/practice/capacity-building>
- WHO. Capacity Building [Internet]. Available from: http://www.who.int/disabilities/capacity_building/en/
- Frontera WR, Fuhrer MJ, Jette AM, Chan L, Cooper RA, Duncan PW, et al. Rehabilitation medicine summit: building research capacity executive summary. *J Neuroengineering Rehabil*. 2006 Jan 3;3:1.
- Rudnick A. Ethics in Rehabilitation [Internet]. International Encyclopedia of Rehabilitation. JH Stone, M Blouin; Available from: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/16/>
- Blackmer J. Ethical issues in rehabilitation medicine. *Scand J Rehabil Med*. 2000 Jun; 32(2):51–5.
- Wade D. Rehabilitation – a new approach. Part four: a new paradigm, and its implications. *Clin Rehabil*. 2016 Feb; 30(2):109–18.
- Royal College Physicians. Medical Rehabilitation 2011 and beyond. Report of a Working Party. 2010
- British Society of Rehabilitation Medicine and Royal College of Physicians. Clinical Governance in Rehabilitation Medicine [Internet]. Available from: www.rcplondon.ac.uk/guidelines-policy
- 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.
- Santa Mina D, Clarke H, Ritvo P, Leung YW, Matthew AG, Katz J, et al. Effect of total-body prehabilitation on postoperative outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy*. 2014 Sep;100(3):196–207.
- Henk J, Stam H.M, Buyruk J.L, Melvin and G. Stucki. Acute Medical Rehabilitation. 2012 Rotterdam, Erasmus MC. 2012. 289–98 p.
- 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.
- Beyer J, Berliner M, Glaesener JJ, Liebl ME, Reiners A, Reißhauer A, et al. Positionspapier zur fachübergreifenden Frührehabilitation – 2. aktualisierte Auflage. *Phys Med Rehabil Kuror*. 2015;260–80.
- Lord RK, Mayhew CR, Korupolu R, Manthey EC, Friedman MA, Palmer JB, et al. ICU early physical rehabilitation programs: financial modeling of cost savings. *Crit Care Med*. 2013 Mar;41(3):717–24.
- Bailey P, Thomsen GE, Spuhler VJ, Blair R, Jewkes J, Bezdjian L, et al. Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. *Crit Care Med*. 2007 Jan;35(1):139–45.
- Adler J, Malone D. Early mobilization in the intensive care unit: a systematic review. *Cardiopulm Phys Ther J*. 2012 Mar;23(1):5–13.
- Peiris CL, Taylor NF, Shields N. Extra physical therapy reduces patient length of stay and improves functional outcomes and quality of life in people with acute or subacute conditions: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011 Sep;92(9):1490–500.
- 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.
- Kiekens C, Van Rie K, Leys M, Cleemput I, Smet M, Kesteloot K, et al. Organisation and financing of musculoskeletal and neurological rehabilitation in Belgium. KCE study 2005–18 Health Services Research (HSR). [Internet]. Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/organisation-and-financing-of-musculoskeletal-and-neurological-rehabilitation-in>.
- Italian Health Ministry. Rehabilitation Plan: an Italian Act. *Eur J Phys Rehabil Med* 2012;47:621–38.
- Takáč P, Petrovičová J, Delarque A, Stibrant Sunnerhagen K, Neumann V, Vetra A, et al. Position paper on ФPM and persons with long term disabilities. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2014 Aug;50(4):453–64.
- Bubaker BH. Health promotion: a linguistic analysis. *ANS Adv Nurs Sci*. 1983 Apr;5(3):1–14.
- AHR Q. Health maintenance in the long term care setting. [Internet]. Available from: <https://www.guideline.gov/summaries/summary/45523>
- World Health Organization. Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences. 2009

41. Rimmer JH, Rowland JL. Health promotion for people with disabilities: implications for empowering the person and promoting disability-friendly environments. *Journal of Lifestyle Medicine*. :409–20.
42. Lollar D, Crews JE. Prevention. Albrecht GA Encyclopedia of Disability. 2005. 1288–1293 p.
43. Campbell ML, Sheets D, Strong PS. Secondary health conditions among middle-aged individuals with chronic physical disabilities: implications for unmet needs for services. *Assist Technol Off J RES-NA*. 1999;11(2):105–22.
44. Kinne S, Patrick DL, Doyle DL. Prevalence of secondary conditions among people with disabilities. *Am J Public Health*. 2004 Mar;94(3):443–5.
45. Santiago M, Coyle C. Leisure-time physical activity and secondary conditions in women with physical disabilities. *Disabil Rehabil*. 2004 Apr 22;26(8):485–94.
46. Rimmer JH, Chen M-D, Hsieh K. A conceptual model for identifying, preventing, and managing secondary conditions in people with disabilities. *Phys Ther*. 2011 Dec;91(12):1728–39.
47. F roehlich-Grobe K, Jones D, Businelle MS, Kendzor DE, Balasubramanian BA. Impact of disability and chronic conditions on health. *Disabil Health J*. 2016 Oct;9(4):600–8.
48. Cifu, David X. Braddom's physical medicine & rehabilitation. Fifth edition. Philadelphia, PA : Elsevier, 2016; 1232 p.
49. Moore SC, Lee I-M, Weiderpass E, Campbell PT, Sampson JN, Kitahara CM, *et al*. Association of Leisure-Time Physical Activity With Risk of 26 Types of Cancer in 1.44 Million Adults. *JAMA Intern Med*. 2016 Jun 1;176(6):816–25.
50. Reis RS, Salvo D, Ogilvie D, Lambert EV, Goenka S, Brownson RC, *et al*. Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. *Lancet Lond Engl*. 2016 Sep 24;388(10051):1337–48.
51. Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, Finkelstein EA, Katzmarzyk PT, van Mechelen W, *et al*. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet Lond Engl*. 2016 Sep 24;388(10051):1311–24.
52. Moser N-T, Fischer K, Korsukéwicz C. Prevention as a pension insurance task: innovative models complementing proven concepts. *Rehabil*. 2010 Apr;49(2):80–6.
53. Wald A, Rössy W, Frauendorf H. Prevention of falls among the elderly – therapy of gait disturbance. *Phys Med Rehab Kuror*. 2002;41–4.
54. Chahal J, Lee R, Luo J. Loading dose of physical activity is related to muscle strength and bone density in middle-aged women. *Bone*. 2014 Oct;67:41–5.
55. S avage PD, Sanderson BK, Brown TM, Berra K, Ades PA . Clinical research in cardiac rehabilitation and secondary prevention: looking back and moving forward. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2011 Dec;31(6):333–41.
56. Veerbeek JM, van Wegen E, van Peppen R, van der Wees PJ, Hendriks E, Rietberg M, *et al*. What is the evidence for physical therapy poststroke? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014;9(2):e87987.
57. Berry A, Beattie K, Bennett J. Physical Activity and Movement : A Guideline for Critically Ill Adults. 2014
58. Frontera W. DeLisa's Physical Medicine and Rehabilitation. Lippincott Williams & Wilkins; 2010. Frontera W.; 1594 p.
59. Owell KE, Paluch AE, Blair SN. Physical activity for health: What kind? How much? How intense? On top of what? *Annu Rev Public Health*. 2011;32:349–65.
60. Hutzler Y, Sherrill C. Defining adapted physical activity: international perspectives. *Adapt Phys Act Q APA Q*. 2007 Jan;24(1):1–20.
61. Figoni SF. Cycle of Disability: National Handicapped Sports-Adapted Fitness Instructor Handbook. Rockville.
62. Preede L, Saebu M, Perrin PB, Nyquist A, Dalen H, Bautz-Holter E, *et al*. One-year trajectories of mental and physical functioning during and after rehabilitation among individuals with disabilities. *Health Qual Life Outcomes*. 2015 Aug 28;13:135.
63. Archer E, Blair SN. Physical activity and the prevention of cardiovascular disease: from evolution to epidemiology. *Prog Cardiovasc Dis*. 2011 Jun;53(6):387–96.
64. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, *et al*. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet Lond Engl*. 2012 Jul 21;380(9838):219–29.
65. Freysson C, Blanc P, Verkindt C, Maunier S, Prieur F. Effect of longterm physical activity practice after cardiac rehabilitation on some risk factors. *Int J Rehabil Res Int Z Rehabil Rev Int Rech Readaptation*. 2011 Dec;34(4):357–9.
66. Myers J, Prakash M, Froelicher V, Do D, Partington S, Atwood JE. Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *N Engl J Med*. 2002 Mar 14;346(11):793–801.
67. Izawa KP, Yamada S, Oka K, Watanabe S, Omiya K, Iijima S, *et al*. Long-term exercise maintenance, physical activity, and health-related quality of life after cardiac rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil*. 2004 Dec;83(12):884–92.
68. Scott A, Gidlow C. Clinical Exercise Science. Routledge. 2016. 336 p.
69. British Thoracic Society. Quality Standards for Pulmonary Rehabilitation in Adults [Internet]. Vol. 6. 2014. 29 p. Available from: <https://www.brit-thoracic.org.uk/document-library/clinical-information/pulmonary-rehabilitation/bts-quality-standards-for-pulmonary-rehabilitation-in-adults/>
70. Meshe OF, Claydon LS, Bungay H, Andrew S. The relationship between physical activity and health status in patients with chronic obstructive pulmonary disease following pulmonary rehabilitation. *Disabil Rehabil*. 2017 Apr;39(8):746–56.
71. Furie KL, Kasner SE, Adams RJ, Albers GW, Bush RL, Fagan SC, *et al*. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. *Stroke*. 2011 Jan;42(1):227–76.
72. Lee CD, Folsom AR, Blair SN. Physical activity and stroke risk: a meta-analysis. *Stroke*. 2003 Oct;34(10):2475–81.
73. van de Port IGL, Kwakkel G, Bruin M, Lindeman E. Determinants of depression in chronic stroke: a prospective cohort study. *Disabil Rehabil*. 2007 Mar 15;29(5):353–8.
74. English C, Hillier SL. Circuit class therapy for improving mobility after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jul 7;(7):CD007513.
75. Brazzelli M, Saunders DH, Greig CA, Mead GE. Physical fitness training for stroke patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Nov 9;(11):CD003316.
76. Pang MYC, Ashe MC, Eng JJ, McKay HA, Dawson AS. A 19-week exercise program for people with chronic stroke enhances bone geometry at the tibia: a peripheral quantitative computed tomography study. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA*. 2006;17(11):1615–25.
77. Carin-Levy G, Kendall M, Young A, Mead G. The psychosocial effects of exercise and relaxation classes for persons surviving a stroke. *Can J Occup Ther Rev Can Ergother*. 2009 Apr;76(2):73–80.
78. Chen M-D, Rimmer JH. Effects of exercise on quality of life in stroke survivors: a meta-analysis. *Stroke*. 2011 Mar;42(3):832–7.
79. Saunders DH, Sanderson M, Hayes S, Kilrane M, Greig CA, Brazzelli M, *et al*. Physical fitness training for stroke patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Mar 24;3:CD003316.
80. Ivey FM, Hafer-Macko CE, Macko RF. Exercise rehabilitation after stroke. *NeuroRx J Am Soc Exp Neurother*. 2006 Oct;3(4):439–50.
81. Sveen U, Thommessen B, Bautz-Holter E, Wyller TB, Laake K. Wellbeing and instrumental activities of daily living after stroke. *Clin Rehabil*. 2004 May;18(3):267–74.
82. Lennon O, Carey A, Gaffney N, Stephenson J, Blake C. A pilot randomized controlled trial to evaluate the benefit of the cardiac rehabilitation paradigm for the non-acute ischaemic stroke population. *Clin Rehabil*. 2008 Feb;22(2):125–33.
83. Ginis KAM, Hicks AL, Latimer AE, Warburton DER, Bourne C, Ditor DS, *et al*. The development of evidence-informed physical activity guidelines for adults with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2011 Nov;49(11):1088–96.
84. British Society of Rehabilitation Medicine. Working Party Report on Traumatic Brain Injury. 1998 London;
85. Gutenbrunner C, Negrini S, Kiekens C, Zampolini M, Nugraha B. The Global Disability Action Plan 2014–2021 of the World Health Organisation (WHO): a major step towards better health for all people with disabilities. Chance and challenge for Physical and Rehabilitation Medicine (PRM). *Eur J Phys Rehabil Med*. 2015 Feb;51(1):1–4.
86. ISPRM: International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization, 2001 [Internet]. 2001 Available from: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

87. Li J, Prodinge B, Reinhardt JD, Stucki G. Towards the system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in routine practice: Lessons from a pilot study in China. *J Rehabil Med.* 2016 Jun 13;48(6):502–7.
88. Selb M, Gimigliano F, Prodinge B, Stucki G, Pestelli G, Iocco M, et al. Toward an International Classification of Functioning, Disability and Health clinical data collection tool: the Italian experience of developing simple, intuitive descriptions of the Rehabilitation Set categories. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2017 Apr;53(2):290–8.
89. Rodinger B, Scheel-Sailer A, Escorpiso R, Stucki G. UEMS PRM Workshop report: toward the development of clinical assessment schedules for specified rehabilitation services. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2016
90. Schopp LH, Sanford TC, Hagglund KJ, Gay JW, Coatney MA. Removing service barriers for women with physical disabilities: promoting accessibility in the gynecologic care setting. *J Midwifery Womens Health.* 2002 Apr;47(2):74–9.
91. 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.
92. Kiekens C, DE Tavernier J. Ethical choices in rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2016 Aug;52(4):419–21.
93. Peter Paul Verbeek. *Moralizing Technology. Understanding and designing the morality of things.* The University of Chicago Press Books. 2011

В данной статье коллективное авторское название Альянса Европейских Организаций ФРМ включает:

- Европейскую академию реабилитационной медицины (EARM)
- Европейское общество ФРМ(ESPRM)
- Европейский союз медицинских специалистов – Секция физической и реабилитационной медицины (UEMS-PRM)
- Европейскую коллегия по физической и реабилитационной медицине(ЕСРРМ) – обслуживается Советом UEMS-PRM
- редакторов третьего издания Белой книги по Физической и Реабилитационной Медицине в Европе: Шарлотта Кикенс, Педро Кантоста, Мария Габриэлла Чераволо, Николас Христодулу, Ален Деларк, Кристоф Гутенбруннер, Саша Мославац, Энрике Варела-Доносо, Энтони Б. Уорд, Мауро Замполини, Стефано Негрини
- соавторов: Филипе Антунс, Айше А. Кючюкдевичи, Айдан Орал, Питер Такач, Катарина Агиар Бранко, Марк Деларги, Алессандро Джустини, Жан-Жак Глезеннер, Клемен Грабьевец, Кароль Хорначек, Славица Дж. Яндрич, Вим Г.М. Янсэн, Иоланта Куява, Ренато Нунес, Раджив К. Сингх, Айварс Ветра, Иржи Вотавы, Мауро Замполини, Ален Деларк, Габор Фазекас, Франческа Гимильяно, Вера Нойман, Татьяна Патерностро-Слуга, Отмар Шуфрид, Луиджи Тесио, Тонко Влак, Алан Ельни.