

ПУТИ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ

Белая книга по физической и реабилитационной медицине (ФРМ) в Европе. Глава 11. Задачи и перспективы на будущее ФРМ.

Альянс европейских организаций по физической и реабилитационной медицине

В контексте Белой книги по физической и реабилитационной медицине (ФРМ) в Европе, в настоящей статье описываются перспективы ФРМ в Европе в соответствии с реальным видением европейских организаций. Во всех главах подчеркиваются большие изменения в демографии, ожидаемой продолжительности жизни, выживаемости, инвалидизации, из-за увеличения распространенности продолжительных нарушений здоровья, из-за технологического прогресса, а также расходов на здравоохранение и общественных изменений с точки зрения требований благополучия и качества жизни вместе со здоровьем. Все эти проблемы сочетаются с особенностями ФРМ – медицинской специальностью, ориентированной на человека в целом и его/ее функционирование при различных нарушениях здоровья, с целью гарантии их максимального возможного участия посредством улучшения деятельности и сокращения нарушений. Представлены возможные последствия этих изменений в ходе развития клинической практики, услуг, обучения, и исследований ФРМ; кроме того, дано представление о прогрессе в деле согласования развития ФРМ в Европе и возможный вклад ФРМ в планирование политики.

(Ссылка на данную статью: Альянс Европейских Организаций по Физической и Реабилитационной Медицине. Белая книга по физической и реабилитационной медицине (ФРМ) в Европе. Глава 11. Задачи и перспективы на будущее ФРМ. Eur J Phys Rehabil Med 2018;54:3173–181. DOI: 10.23736/S1973-9087.18.05155-9)

Ключевые слова: Физическая и реабилитационная медицина – Европа – Прогнозирование – Услуги здравоохранения – Образование – Исследования

Введение

Белая книга (WB) по физической и реабилитационной медицине (ФРМ) в Европе составлена четырьмя европейскими организациями ФРМ и представляет собой справочник для врачей ФРМ в Европе. WB преследует множество целей, в том числе создание унифицирующей структуры для европейских стран, информирование лиц, принимающих решения на европейском и национальном уровнях, о предоставлении учебных материалов для стажеров и врачей ФРМ и информации о ФРМ медицинскому сообществу, другим специалистам по реабилитации и общественности. В WB утверждается важность 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 практики ФРМ, то есть знаний и навыков врачей ФРМ, 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 задачи и перспективы ФРМ.

В настоящей главе описываются будущее ФРМ в Европе в соответствии с реальным видением европейских организаций. Во всех главах подчеркиваются большие изменения в демографии, ожидаемой продолжительности жизни, выживаемости, инвалидизации, из-за увеличения распространенности продолжительных нарушений здоровья, из-за технологического прогресса, а также расходов на здравоохранение и общественных изменений с точки зрения требований благополучия и качества жизни вместе со здоровьем. Все эти проблемы сочетаются с особенностями ФРМ – медицинской специальностью, ориентированной на человека в целом и его/ее функционирование при различных нарушениях

здоровья, с целью гарантии их максимального возможного участия посредством улучшения деятельности и сокращения нарушений. Цель данной главы – представить влияние этих изменений и проблем на клиническую практику, развитие услуг, образование и исследования. Кроме того, дается представление о прогрессе в согласовании развития ФРМ в Европе и возможный вклад ФРМ в планирование политики.

Развитие услуг физической и реабилитационной медицины

Даже если никто не сможет точно предсказать будущее, некоторые тенденции в демографии, эпидемиологии и общественном настроении, вероятно, продолжатся в течение следующих 10–30 лет. Вот некоторые из них:

- ожидаемая продолжительность жизни будет расти, а люди с ограниченными возможностями и с длительными нарушениями, приводящими к инвалидности, будут жить дольше. Некоторые возрастные проблемы, такие как немощность, слабоумие и трудности в подвижности, самообслуживании и коммуникации, будут расти. Это увеличит потребность в реабилитации;
- из-за прогресса в терапии, выживаемость после тяжелых заболеваний (включая рак) и травм продолжит еще больше расти. Многие из этих заболеваний перерастут в хронические состояния, в то время как у большинства выживших будет та или иная форма инвалидности: многим из них потребуется реабилитация;
- также новые инфекционные заболевания могут привести к увеличению потребности в реабилитации (одним из последних примеров является эпидемия вируса Зика);
- почти во всех европейских странах демографические изменения окажут определенное давление на

социальные системы. Одним из последствий станет необходимость в более длительном сроке трудовой деятельности. Таким образом, потребность в профессиональной реабилитации также может увеличиться;

- другие социальные изменения, такие как растущее неравенство и разрыв между богатыми и бедными,^{2,3} или функции родственников и людей, осуществляющих уход, значительно повлияют на контекстуальные факторы, требующие новых решений для снижения ограничений деятельности и обеспечения максимально возможного участия;
- прогресс в области технологий и управления цифровыми данными происходит с чрезвычайно высокой скоростью. Некоторые из этих технологий уже используются в реабилитации, но данная тенденция ускорится в ближайшие несколько лет. ФРМ должна принять участие в этих разработках и взять на себя руководство разработкой и использованием новых технологий для улучшения функционирования людей с ограниченными возможностями;
- ожидание самостоятельной, активной и качественной жизни населения также будет еще больше расти. Это увеличит спрос на сложные и инновационные программы и стратегии реабилитации;
- по мере дальнейшего роста расходов на здравоохранение будет все больше требоваться обоснование лечения на доказательствах и подтверждение его экономической выгоды. Таким образом, потребность в научных исследованиях в области ФРМ будет еще больше возрастать;
- и последнее, но не менее важное: в странах с низким и средним уровнем дохода будет наблюдаться повышенный спрос на осуществление реабилитационных услуг и подготовку специалистов по реабилитации (в частности, в странах Африки к югу от Сахары и некоторых странах Юго-Восточной Азии). Европейской ФРМ будет предложено внести свой вклад в решение этой проблемы, которая оказывает гуманитарное воздействие и влияет на общественное здравоохранение и на развитие.

Из этих примеров ясно, что потребность в реабилитации будет еще больше возрастать в будущем, и впереди нас ждет множество задач. Уже было заявлено, что реабилитация станет стратегией здравоохранения 21-го века. Каковы могут быть последствия для ФРМ из вышеупомянутых проблем? Это необходимо обсудить во всех европейских организациях по ФРМ, и разработать европейскую стратегию. Однако некоторые моменты уже могут быть определены:

- Поскольку потребность в врачах ФРМ будет расти, необходимо обеспечить:
 - достаточный потенциал программ ординатуры и подготовки, и привлечение молодых врачей к карьере в ФРМ
 - достаточное количество врачей, обучающихся ФРМ (это в основном политическая задача)
 - наличие высококвалифицированных специалистов по реабилитации, которые составят часть реабилитационной команды
- Мы должны убедиться, что будущие врачи ФРМ обладают достаточными навыками и способностями для обучения пациентов с серьезными и комплексными проблемами на всех этапах и на всех уровнях здравоохранения. Это включает
 - Реабилитацию для пожилых людей

- Реабилитацию в острой и ранней подострой фазах
- Реабилитацию «высокого класса» для пациентов со сложными и конкретными потребностями, такими как трансплантация органов, регенеративная терапия, множественная травма, специфические типы злокачественных опухолей при SCI и др.
- Знания и опыт в современной реабилитационной технологии
- Навыки решения сложных психосоциальных проблем
- Необходимо обсудить, нужны ли в будущем различные области аккредитации ФРМ, такие как «Реабилитация для пожилых людей», «Неотложная реабилитация», «Реабилитация при болевом синдроме», «Реабилитация при SCI и TBI», «Профессиональная реабилитация», «Мышечно-скелетная реабилитация», «Кардио-респираторная реабилитация», «Реабилитация раковых больных» и др.
- Научно-исследовательская деятельность должна быть значительно увеличена и улучшена, включая патофизиологию нарушений, приводящих к инвалидности, механизм реабилитационных мероприятий, вспомогательные технологии, результаты реабилитационных программ.
- Стратегии соответствующего реагирования на общественные проблемы в Европе и соседних регионах должны быть разработаны в сообществе ФРМ, например, реакция на демографические изменения, сдвиг в ожиданиях общества, необходимость большей реабилитации в странах с низким уровнем ресурсов и т.д.

Необходимо учитывать еще одну проблему (которая также может представлять собой возможность). Другие специалисты в области здравоохранения улучшают свои знания и навыки и, как правило, самостоятельно выполняют реабилитацию и/или претендуют на роль руководителя реабилитационной команды. В некоторых странах профессиональные группы терапевтов борются с врачами ФРМ за ведение всего процесса реабилитации. Во многих других странах наблюдается эффективное сотрудничество в отношении задач и опыта коллег при работе в команде. Разумеется, это не может быть приемлемым, если одна профессия отрицает роль другой и, в частности, совместная работа в реабилитационной команде под руководством врачей ФРМ должна быть руководящим принципом.⁵ Следует приветствовать намерение какой-либо профессии из сферы здравоохранения надлежачим образом сотрудничать в оказании помощи людям с ограниченными возможностями или с нарушениями, приводящими к инвалидности, принимая участие в многопрофильной команде под руководством врача ФРМ. Кроме того, приветствуются любые ценные вклады научных исследований от любого специалиста по реабилитации, при их интеграции в работу многопрофильной команды, включая врача ФРМ. Еще одной важной проблемой может стать давление со стороны национальных систем здравоохранения и пациентов с требованием эффективнее противостоять бремени инвалидности и старения, что может привести к появлению новых услуг ФРМ в руках врачей, не являющихся врачами ФРМ, то есть других специалистов, входящих в сферу ФРМ. Это может быть также вызвано нехваткой врачей ФРМ из-за растущих потребностей. Правительствам и министерствам здра-

воохранения следует создавать или разрабатывать специальность ФРМ в странах, где ее еще нет, или где очень мало врачей ФРМ; они должны создавать условия для подготовки медицинских специалистов ФРМ в своих странах (или на раннем этапе, обучать в других странах с признанным опытом и пригодным обучением). Необходимо поощрять и упрощать свободное передвижение профессионалов среди стран Европейского союза, в данном случае врачей ФРМ. В целом представляется очевидным, что специальность в области физической и реабилитационной медицины должна интенсивно работать над решением будущих проблем и брать на себя ответственность за общество, системы здравоохранения и людей, страдающих тяжелым и/или длительными заболеваниями с ограничением жизнедеятельности.

Образование

В настоящее время мы сталкиваемся с впечатляющим ростом ожидаемой продолжительности жизни как в странах с высоким, так и низким или средним уровнем дохода. Старение населения вместе со снижением смертности после тяжелой травмы и острой болезни приводит к увеличению потребности в реабилитационных услугах во всех европейских странах, где также ожидается повышение качества жизни. Кроме того, развитие технологий способствовало широкому доступу к информации, что привело к тому, что люди с ограниченными возможностями стали требовать надлежащей реабилитации, обеспечения равного доступа к больницам и объектам социального значения, и ответственного лечения их хронических проблем со здоровьем. И последнее, но не менее важное: за два последних десятилетия наблюдалось экспоненциальное развитие вспомогательных и информационных технологий, систем автоматизации домов, биоинженерии, робототехники и телереабилитации; в то же время процветают знания о нервных основах двигательного контроля, принятии решений и функциональном восстановлении: ожидается, что междисциплинарные исследования, объединяющие неврологию с инженерным потенциалом, предоставят профессионалам в сфере реабилитации широкий спектр инновационных диагностических и терапевтических инструментов. В результате ожидается, что уровень реабилитационной помощи (включая обеспечение качества и лечение на основе научных данных) и образования врачей ФРМ будет расти.

Последиатрическая подготовка ФРМ должна стимулировать будущих специалистов к применению строгого научного подхода к клинической практике и прививать им склонность к непрерывному обучению и самооценке. Более того, чтобы удовлетворить растущий спрос на услуги, не отказываясь от равенства, врачи ФРМ должны поддерживать оценку и защиту устойчивого развития процедур и протоколов лечения в тесной связи с политиками. Растущее перемещение граждан ЕС за пределами национальных границ станет еще одним стимулом для необходимости согласования подготовки ФРМ и предоставления услуг реабилитации в европейских странах. В целом, с этими эволюциями придется столкнуться на двух уровнях: подготовка студентов для повышения осведомленности будущих врачей о ФРМ; подготовка врачей ФРМ, с одной стороны, для увеличения их числа из-за растущих потребностей, с другой – для повышения компетентности и способности вести пациентов на фоне сокращения ресурсов (используя

технологии, но также применяя передовые практики на основе эффективности, действенности и результативности). Эти задачи будут решаться благодаря действиям Совета UEMS-PRM с его вкладом в определение основных учебных программ для подготовки студентов и специалистов.

Исследования

Разговоры о будущем всегда представляют собой сложную задачу. Более того, при включении исследований, существует еще один фактор, помимо непредсказуемости человеческих событий: непредсказуемость исследователей и способы развития знаний, которые редко могут контролироваться извне. Тем не менее, в ФРМ есть определенность: исследовательская деятельность неуклонно развивается,⁶ и это приведет к большим изменениям в нашей перспективе. Скорость, с которой общие знания о человеке постоянно увеличиваются: это означает, что будущее исследований наступает еще быстрее, чем ожидалось. В этой главе вместо того, чтобы давать какой-либо реальный прогноз, мы рассмотрим общие сценарии, оспаривающие исследования, и их соответствующие потребности. В общем сценарии мы сталкиваемся с периодом сокращения ресурсов. Постоянное совершенствование медицины привело к увеличению числа выживающих людей, что стало причиной старения населения и увеличения инвалидности и хронических состояний. К сожалению, все системы здравоохранения в Европе достигли того, что считается их максимальной способностью поглощать ресурсы (от 7% до 10% валовых доходов страны), и поэтому исследования должны быть сосредоточены на том, как выполнять процедуры таким же образом (или еще лучше) с меньшими затратами. Быстрое развитие молекулярных и генетических исследований выявит предпосылки для различных нарушений со снижением функций, для индивидуальных способностей к реабилитации и повышению знаний о нейропластичности. Это повлияет на другие части спектра МКФ, и заставит ФРМ активно участвовать в трансляционных исследованиях. Еще один интересный момент – прогрессивное развитие технологий. По-видимому, в медицине мы сталкиваемся с тем же процессом, с которым столкнулось промышленное производство более века назад: технологии позволяют увеличить наши результаты, а в ФРМ это происходит главным образом с помощью робототехники и протезирования / ортопедии, а также виртуальной реальности и игровых терапий. Еще одна явная проблема современных европейских обществ – это прогрессивное перемещение медицинских потребностей в больницах: люди хотят оставаться и предпочитают лечиться дома, хронизация заболеваний растет, а стоимость лечения в больницах высока. В то же время во всех областях медицины обороты набирает телемедицина. Все эти ситуации сильно бросают вызов ФРМ и ее исследованиям. Это, безусловно, может сочетаться с необходимостью увеличения результатов, ориентированных на человека, которые наиболее значимы для наших пациентов и обществ. Еще одна важная задача – необходимость различного распределения финансирования, поскольку старые схемы полностью основаны на анатомических / функциональных специальностях.⁷ Метод работы ФРМ значительно меняется. В то время как реабилитация в период острой фазы уже была введена, изучаются и уточняются новые фазы, например, преа-

билитация⁸ и/или поддержание или пост-реабилитация. Это бросает вызов всей организации ФРМ, которая, вероятно, должна стать универсальным отделением, включая всех врачей ФРМ и смежных специалистов, чтобы помочь пациентам правильно продвигаться на разных этапах: подразделения для инсультных больных или с травмами спинного мозга уже описаны, но проблема является общей для всех патологий, а не только этих двух. Еще одна задача заключается в улучшении компетенций – как клинических, так и организационных – смежных профессионалов, которые связаны с нашей фактической профессиональной позицией и позволяют ей развиваться. Задача классификации (МКФ, но не только) и денежной компенсации процедур ФРМ остается значимой во всем мире и требует решения. Место ФРМ в общей картине здравоохранения становится все более ясным. Для всех этих задач в контексте ФРМ требуются конкретные исследования.

Но исследование об организации, с одной стороны, является более сложным, а с другой – менее полезным с точки зрения фактора воздействия. Финансирование, следовательно, сложнее, но, тем не менее, срочно необходимо. В общем сценарии исследований есть некоторые четкие тенденции. Исследования нижнего уровня по-прежнему очень практичны, но доказательная медицина четко продемонстрировала важность проведения рандомизированных контролируемых испытаний (RCT). В то же время возрастает важность клинического опыта и предпочтений пациентов в применении новых методов качественных исследований, включая «Нарративную медицину». Трансляционные исследования для поиска коррелятов между молекулярными данными и функцией, деятельностью и участием приобретают все большее значение. В фармакологии, чтобы выявить небольшие изменения в результате лечения, RCT включают в себя теперь тысячи пациентов: это требует создания больших сетей, а также больших затрат на исследования. По той же тенденции наблюдается увеличение проведения метаанализов и метаисследований с созданием больших баз данных и призывом к открытому доступу к данным. Растет также создание регистров и разработка неэкспериментальных исследований на основе этих клинических баз данных: отличие от RCT заключается в том, что они предлагают реальные клинические данные, получаемые ежедневно во всем мире, иногда поразительно отличные от результатов, полученных в ходе экспериментальных исследований, которые по определению проводятся на конкретных и тщательно отобранных популяциях. Концепция анализа большого объема данных применяется к клиникам и всем таким базам данных. В ФРМ мы далеки от таких последствий, но в то же время мы находимся внутри них. Сети, базы данных, открытые данные – это проблемы, с которыми приходится сталкиваться. Во всяком случае, мы также не можем игнорировать то, что мы все еще ищем какую-либо эффективность у некоторых методов лечения, что также может быть достигнуто при исследованиях с участием сокращенных популяций; нельзя игнорировать тот факт, что у наших пациентов почти всегда есть много сопутствующих заболеваний, и это делает неэкспериментальные исследования и реестры весьма интересными для нас. Все эти исследования могут стать поводом для роста. В то же время нельзя пренебрегать общей картиной финансирования исследований: чтобы избежать исключения, мы должны в любом случае соответствовать этой общей картине. И наконец, сценарий

исследования ФРМ. Функциональный анализ и измерения результатов являются ключевыми факторами, которые еще недостаточно развиты: у нас есть некоторые инструменты, но путь еще долгий. Более того, технологии увеличивают свою роль в помощи, но она еще должна стать полностью клинически значимой. Понимание того, что такое ФРМ,⁹ заставляет нас продвигаться также в так называемых гуманистических исследованиях с их сложной качественной методологией, в то время как в медицинской науке по-прежнему доминируют количественные методы и подходы к исследованиям. Также в эти годы изменился статистический анализ: явным примером является анализ Раша (статистический подход для улучшения наших инструментов для измерения результатов на основе вопросников) и его важность в ФРМ. Это, вероятно, всего лишь пример, и в ФРМ необходимо продвигаться дальше классической статистики, чтобы понять, как лучше управлять нашими данными. ФРМ по определению является многопрофильной, так как включает в себя всех других членов команды, не являющихся врачами. Как и в ФРМ, специалисты по реабилитации также сталкиваются с методологическими проблемами для разработки эффективных и адекватных исследований в их конкретных сферах интересов. Все еще отсутствует хорошая терминология, конкретные определения большей части практики, применяемой в отношении инструментов для реабилитации и измерений. Нам не хватает соответствия. Нет уточненных четких определений в отношении того, как описывать реабилитационные методы (даже если некоторые попытки были сделаны¹⁰ – и недавно были описаны в журналах по ФРМ¹¹ – в разделе материалов и методов: результаты исследований в большинстве случаев, не могут быть воспроизведены другими командами, поскольку слишком много неизвестных моментов). Еще предстоит четко определить дальнейшую основную работу – как и результаты исследований и их применимость. Это лишь некоторые примеры реальных проблем сценария исследований ФРМ, но они дают ясное представление, насколько задействован весь мир науки ФРМ, включая, помимо исследователей, также редакторов и сторонних плательщиков. В заключение, исследованиям ФРМ в ближайшие годы придется столкнуться с рядом проблем, исходящих из общих сценариев и сценариев ФРМ, а также из исследований в целом и исследований ФРМ, в частности. При их должном рассмотрении, путем соответствующих исследований, проведенных адекватными методами и представленных в научных трудах соответствующего качества, эти проблемы станут поводом для роста репутации и важности нашей специальности ФРМ.

Согласование развития ФРМ по всей Европе

Согласование ФРМ в Европе – это постоянный процесс, с которым сталкиваются Секция и Совет UEMS-PRM в сотрудничестве с Европейским обществом ФРМ и Европейской академией реабилитационной медицины. Как следствие, все то, что будет сделано в будущем, будет прямым последствием, что было сделано до сих пор, и будет представлено ниже. Ожидаемая продолжительность жизни растет как в развитых, так и в развивающихся странах. Что еще более важно, повышение выживаемости после травм и болезней, а также старение населения приведет к увеличению потребности в реа-

билитационных услугах во всех европейских странах, где также ожидается повышение качества жизни.¹² Как результат, системы реабилитации должны постоянно развиваться с учетом следующих принципов:

- реабилитация после травмы или болезни и при хронических заболеваниях является основным правом человека;¹³
- равный и легкий доступ ко всем аспектам реабилитации, включая специализированную реабилитационную медицину, вспомогательные технологии и социальную поддержку всего населения Европы;
- одинаково высокие стандарты медицинской помощи в реабилитации, включая обеспечение качества и лечение на основе научных данных;
- научная основа для разработки моделей реабилитации и стандартов ухода для руководства клинической практикой.

В частности, Комитет по профессиональной практике (PPC) Секции UEMS-PRM провел многолетнюю работу для описания профессиональной компетентности врачей ФРМ. Об этом свидетельствует публикация статей в международных журналах. БЕЛАЯ КНИГА ПО ФРМ В ЕВРОПЕ, которая была опубликована в 2006 году в двух журналах ФРМ, и текущее третье издание «Белой книги», является одним из примеров вклада PPC и высокого уровня сотрудничества с другими европейскими организациями ФРМ. Ряд опубликованных научных работ, посвященных роли и компетентности врачей ФРМ, был собран в электронной книге под названием «Область компетенции врачей физической и реабилитационной медицины – часть первая».¹⁴ Данная электронная книга содержит следующие опубликованные статьи:

- план действий Комитета по профессиональной практике – Секция физической и реабилитационной медицины UEMS: описание и развитие нашей области компетенции;¹⁵
- описание и развитие сферы компетенции в области физической и реабилитационной медицины в Европе;
- предисловие к серии статей, опубликованных Комитетом по профессиональной практике Секции ФРМ Союза европейских медицинских специалистов (UEMS);¹⁶
- междисциплинарная команда, работающая в области физической и реабилитационной медицины;⁵
- физическая и реабилитационная медицина в учреждениях неотложной помощи;¹⁷
- программы физической и реабилитационной медицины в учреждениях неотложной помощи;¹⁸
- физическая и реабилитационная медицина, а также лица с длительными ограничениями жизнедеятельности;¹⁹
- новые технологии, призванные улучшить функционирование: роль врача физической и реабилитационной медицины;²⁰
- роль специалиста физической и реабилитационной медицины в работе с детьми и подростками с черепно-мозговой травмой;²¹
- европейские модели мультидисциплинарных реабилитационных служб для лечения травматического повреждения головного мозга;²²
- роль специалиста по физической и реабилитационной медицине в лечении лимфатического отека;²³
- генерализованные и регионарные болевые синдромы в мягких тканях. Роль врачей физической и реабилитационной медицины. Европейская перспекти-

ва на основании лучших доказательств;²⁴

- воспалительный артрит. Роль врачей физической и реабилитационной медицины. Европейская перспектива на основании лучших доказательств;²⁵
- остеопороз. Роль врачей физической и реабилитационной медицины. Европейская перспектива на основании лучших доказательств;²⁶
- остеоартрит. Роль врачей физической и реабилитационной медицины. Европейская перспектива на основании лучших доказательств;²⁷
- лечение болей в спине. Роль врачей физической и реабилитационной медицины. Европейская перспектива на основании лучших доказательств;²⁸
- локальные нарушения и травмы мягких тканей опорно-двигательной системы. Роль врачей физической и реабилитационной медицины. Европейская перспектива на основании лучших доказательств;²⁹
- лечение болей в плече. Роль врачей физической и реабилитационной медицины. Европейская перспектива на основании лучших доказательств;³⁰
- скелетно-мышечные периоперационные проблемы. Роль врачей физической и реабилитационной медицины. Европейская перспектива на основании лучших доказательств;³¹ PPC продолжает исследования компетенций наших врачей при других заболеваниях, и их результаты будут впервые опубликованы в указанных журналах. Кроме того, интенсивная работа продолжается в других комитетах в тесном сотрудничестве с Европейским обществом и Европейской академией. Цель состоит в том, чтобы предоставить нашим коллегам полезные электронные книги для повседневной практики, а также для защиты и продвижения специальности ФРМ среди медицинских специалистов других специальностей и в переговорах с властями национальных систем здравоохранения. Очень важная и значительная работа проводится в Комитете по клиническим вопросам (CAC) Секции UEMS-PRM касательно аккредитации программ обеспечения качества в Европе. Эта работа продолжается благодаря вкладу всех членов CAC. В качестве примера работы, направленной на достижение всех этих целей, ниже представляем амбициозный План действий Секции и Совета UEMS-PRM, определенный на период 2014–2018 годов:

А. Общие аспекты:

1. Дальнейшее развитие отношений с UEMS
2. Развитие отношений со всеми другими Секциями и Советами UEMS, особенно с относящимися к Секциям ФРМ
3. Тесное сотрудничество с ESPRM и EARM: пересмотр Белой книги по ФРМ в Европе в 2006 году, скоординированные планы действий (с предотвращением лишних действий)
4. Сбалансированное сотрудничество с ISPRM и другими международными органами ФРМ
5. Развитие отношений со Службами ВОЗ в области инвалидности и реабилитации (ИИР)
6. Продвижение плана действий ВОЗ по борьбе с инвалидностью и выполнению некоторых действий по его практическому осуществлению
7. Изменение названия специальности ФРМ в Приложении V Директивы ЕС о профессиональной квалификации на «Физическую и реабилитационную

медицину» с минимальным периодом обучения от 3 до 4 лет

8. Поддержка развития медицинских реабилитационных систем в странах Восточной Европы (например, Россия, Украина и др.)
9. Реорганизация веб-сайта для продвижения деятельности Секции и Совета.¹⁰
10. Распространение наших документов среди других секций и советов UEMS для информирования о нашей деятельности
11. Содействие внедрению МКФ (Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья) в повседневную практику врачей ФРМ.

В. Совет:

1. Увеличение участников для профессиональной сертификации посредством экзаменов:
 - a. Создавая специальные стимулы на срок 2–3 года.
 - b. Активно продвигая через НМ и национальные сообщества ФРМ актуальность членства в EBPRM, который является «эталоном качества» на европейском уровне.
 - c. Публикуя статьи, посвященные статусу члена Совета Европы (преимущества, выгоды, пути получения стипендии).
 - d. Сотрудничая с заинтересованными странами в проведении сертификационных экзаменов в качестве национальных теоретических экзаменов.
2. Увеличение количества аккредитованных учебных учреждений в каждой стране ЕС
3. Увеличение переаттестации стипендиатов, старших стипендиатов, преподавателей и учебных учреждений.
4. Электронная книга для занятий по программе бакалавриата ФРМ.
5. Согласование учебной программы по ФРМ и подготовки в странах ЕС. Подробное описание такого согласования для включения в пересмотренную версию Белой книги по ФРМ в Европе.
6. Поддержка повышения квалификации медицинских работников и исследований в области ФРМ (аккредитация Европейского конгресса, учебные программы, электронные книги, отдельные ресурсы и т.д.).

С. Комитет по профессиональной практике:

1. Электронная книга по области компетенции врачей ФРМ – Часть 2.
2. Публикация документов о роли ФРМ в нескольких службах, потребность в электронной книге.
3. Сотрудничество в разделе реабилитации в Кокрановской базе данных.
4. Разработка стандартов практики в Европе.

Д. Комитет по клиническим вопросам:

1. Дальнейшая разработка Европейской аккредитации программ обеспечения качества.
2. Установочная записка о правах пациентов.
3. Согласованные руководящие принципы услуг ФРМ на европейском уровне.
4. Продвижение стандартов амбулаторной реабилитации.

Е. Постоянная рабочая группа по бальнеологии:

1. Сбор всех статей о бальнеологических услугах ФРМ
2. Публикация установочной записки о бальнеологии.

Другим примером того, как справиться с будущим согласованием, является начало диалога и отношений в 2014 году по специальности ФРМ с врачами из России, практикующими реабилитационную или физическую медицину. Они изъявили желание сотрудничать с Секцией и Советом UEMS-PRM с целью преобразования их практики в соответствии с моделью Западной Европы и в конечном итоге создания специальности Физическая и Реабилитационная Медицина в России. План был создан в сотрудничестве с Российской ассоциацией ARUR (Союз реабилитологов России). Было организовано четыре семинара длительностью одна неделя каждый, в нем приняли участие 35 российских коллег, консультантов нескольких российских реабилитационных отделений. Первый семинар был организован в Вильнюсе в декабре 2014 года, второй – в Москве в марте 2015 года, третий – в Казани в июне 2015 года и четвертый в декабре 2015 года. Представленные лекции охватывали все области специальности ФРМ, согласно описанию в нашей учебной программе. С сентября 2015 года в тринадцати регионах России стартовал экспериментальный проект по сравнению старой системы реабилитации с новой системой. Проект длился один год, и Секции было предложено рассмотреть процесс этого проекта. Несколько профессоров согласились поделиться своими знаниями и опытом. Они посетили все 13 регионов проекта: от Москвы до Санкт-Петербурга, Казани, Владивостока, Сибири, Урала, Самары и т.д. Участники семинаров успешно реализовали проект с энтузиазмом, и приступили к обучению других молодых врачей в России специальности ФРМ, чтобы работать в своей собственной стране на благо своих пациентов. Сотрудничество ARUR с Секцией и Советом продолжится в долгосрочной перспективе, а делегаты из ARUR будут участвовать в качестве наблюдателей на заседаниях Секции, Совета и Европейского общества. В 2016 году новое созданное Украинское общество ФРМ попросило Секцию UEMS-PRM помочь с реформированием в стране практики реабилитации и внедрением стандартов ЕС для физической и реабилитационной медицины. Представленный план в значительной степени повторял план, описанный выше для России.

Вклад в планирование политики

Специальность ФРМ должна быть основным фактором, способствующим созданию современной политики в области здравоохранения из-за ее специфической направленности на функционирование и человека в целом, а не на отдельные болезни. Биномиальное отношение здоровья / болезни все еще больше сосредоточено на «патогенезе» (подход, ориентированный на факторы, вызывающие болезнь), а не на «салютогенез» (подход, ориентированный на факторы, которые поддерживают здоровье и благополучие человека). Однако, эта парадигма медленно меняется. Тем не менее, осведомленность населения и политиков о действительной важности функционирования для здоровья (в его целостном смысле) и социально-экономических последствий инвалидности все еще недостаточная. Фактом является то, что статистические отчеты и политическое внимание больше относятся к показателям детской смертности, заболеваемости и распространенности, или продолжительности жизни, а не к функциональным аспектам, таким как качество жизни, функциональная независимость, ожидаемая продолжительность здоро-

вой жизни (HALE) или годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности (индекс DALY). Понимается, этический принцип – сделать все возможное, чтобы люди выжили; кроме того, это нормально, что такому принципу в Европе уделялось особое внимание до развития медицины в последние столетия. Тем не менее, не представляется логичным, что с лучшими шансами на выживание пациенты не получают необходимой поддержки для хорошего качества жизни. Более того, это довольно абсурдное измерение «здоровья» по шкалам смертности, или оценка нашей жизни статистикой смерти. Мы все знаем, что, достигнув отличных показателей такого низкого уровня детской смертности, мы получаем значительное количество детей с тяжелой степенью инвалидности, которые также, с этической точки зрения, заслуживают всей нашей преданности делу. То же самое можно сказать и о людях, выживших после очень тяжелых травматических повреждений, серьезных заболеваний или живущих намного дольше с хроническими заболеваниями или нарушениями, приводящими к инвалидности. Все они заслуживают необходимой реабилитационной помощи. Хотя все внимание ФРМ сосредоточено на всех этих аспектах, это еще не очевидно для политиков и населения в целом. МКФ была разработана Всемирной Организацией Здравоохранения и принята ФРМ в качестве справочной основы. На более общем уровне этого пока не наблюдается, даже если есть примеры применения не только в образовании, но и в таких областях, как инженерия и архитектура.

Важным вкладом ФРМ в последующие годы будет перемещение акцента с уровня смертности и заболеваемости только на здоровье и функционирование. Еще одна проблема заключается в распределении ресурсов здравоохранения между службами для острых и длительных заболеваний, включая инвалидность и нарушения, приводящие к ней. Сегодня можно наблюдать хорошо зарекомендовавшие себя огромные усилия по оказанию неотложной помощи, с благородной целью спасения большего числа жизней. И наоборот, отсутствие сопоставимых инвестиций в непосредственный или последующий уход для оптимального восстановления и достижения максимальной функциональной производительности. Тем не менее, эти инвестиции могли бы не только улучшить качество жизни и благополучие пациентов, но и снизить затраты на будущий уход. Точно так же приоритет отдается доставке пациента в отделение неотложной помощи, в то время как проведение реабилитации часто игнорируется или задерживается. Помощь в отношении острых состояний должна быть сопоставима с поддержкой в процессе восстановления. В этих усилиях ФРМ является медицинской специальностью, способной предоставить правительствам необходимый опыт в планировании стратегий реабилитации в соответствии с потребностями населения. ФРМ может помочь в планировании эффективной реабилитационной помощи; предоставить свой опыт в развитии учреждений, оборудования и персонала; создать более целесообразные оперативные модели. Еще одна растущая проблема заключается в том, что хронические пациенты постоянно перемещаются из одного учреждения в другое без конкретной организационной модели. В то время как врачи общей практики обладают соответствующей компетентностью в лечении новых болезней, пациенты с ограниченными возможностями или с нарушениями, приводящими к инвалидности, или с хроническими заболеваниями, с рецидивами или требующие

непрерывного ухода и обслуживания, нуждаются в согласованном уходе, с непрерывным процессом ухода во всех существующих подразделениях национальных систем здравоохранения в Европе. Хронические пациенты и люди с ограниченными возможностями в разные моменты своей истории болезни переходят из отделения неотложной помощи в отделение интенсивной терапии, далее в отделение длительной реабилитации, на амбулаторное лечение и лечение дома, и весь этот процесс требует координации. Национальные службы здравоохранения должны иметь специализированные отделы по вопросам реабилитационного ухода, а ФРМ должна повышать осведомленность об этой потребности. В законодательстве следует учитывать право на реабилитационную помощь населению. Это означает, что все медицинские страховки (государственные или частные) должны учитывать возможную необходимость реабилитационных вмешательств после травмы, острой болезни или хронического состояния, с которым можно столкнуться в течение жизни. В формировании политики, системы реабилитации должны постоянно развиваться с учетом следующих принципов:

- реабилитация после травмы или болезни и при хронических заболеваниях является основным правом человека;
- равный и легкий доступ ко всем аспектам реабилитации, включая специализированную реабилитационную медицину, вспомогательные технологии и социальную поддержку всего населения Европы;
- одинаково высокие стандарты медицинской помощи в реабилитации, включая обеспечение качества и лечение на основе научных данных;
- научная основа для разработки моделей реабилитации и стандартов ухода для руководства клинической практикой. Руководящие принципы, практики и рекомендации должны быть реализованы при участии ФРМ.
- Для достижения этих целей необходимы следующие меры:
- улучшить общее понимание и осведомленность о потребностях людей с ограниченными возможностями;
- доводить до всеобщего сведения о преимуществах реабилитации. Это приведет к культуре, в которой доступ к соответствующей реабилитации рассматривается как основное право человека;
- углублять понимание и сотрудничество между неправительственными организациями людей и специализацией ФРМ;
- создавать комплексные реабилитационные учреждения в Европе со специализированными и хорошо подготовленными реабилитационными многопрофильными командами под руководством врачей ФРМ, и реабилитационные учреждения с достаточными ресурсами. Кроме того, должны быть созданы местные реабилитационные структуры для лечения хронических заболеваний, приводящих к инвалидности;
- создать системы для обеспечения физической и реабилитационной медицины достаточно хорошо подготовленными и компетентными врачами ФРМ во всех европейских странах;
- установить общие высокие стандарты ухода на основе существующих доказательств. Они должны учитывать контроль качества и доступ к вспомогательным технологиям;

- включить новые технические разработки в практику ФРМ. Это крайне важно для оказания помощи в восстановлении и обеспечения оптимальных результатов. Все чаще технологи должны вносить существенный вклад в независимую жизнь и качество жизни людей с ограниченными возможностями в Европе;
- продвигать научную деятельность и исследования в области реабилитации с достаточным финансированием с целью улучшения результатов у лиц с ограниченными возможностями;
- поддерживать среду, в которой люди с ограниченными возможностями могут в полной мере участвовать в жизни общества. Врач ФРМ будет работать с людьми с ограниченными возможностями для достижения этой цели.

Все эти меры позволяют людям с ограниченными возможностями вносить существенный вклад в жизнь общества.

Список использованной литературы

1. WRD World Health Organisation & World Bank. World Report on Disability. 2011.
2. Reeves A, McKee M, Stuckler D. The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. *Eur J Public Health*. 2015 Jun;25(3):364–5.
3. Reeves A, McKee M, Mackenbach J, Whitehead M, Stuckler D. Public pensions and unmet medical need among older people: crossnational analysis of 16 European countries, 2004–2010. *J Epidemiol Community Health*. 2017 Feb;71(2):174–80.
4. Stucki G. Olle Höök Lectureship 2015: The World Health Organization's paradigm shift and implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in rehabilitation. *J Rehabil Med*. 2016 Jun 13;48(6):486–93.
5. Neumann V, Gutenbrunner C, Fialka-Moser V, Christodoulou N, Varela E, Giustini A, *et al.* Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine. *J Rehabil Med*. 2010 Jan;42(1):4–8.
6. Negrini S. Steady growth seen for research in physical and rehabilitation medicine: where our specialty is now and where we are going. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2012 Dec;48(4):543–8.
7. Negrini S, Padua L, Kiekens C, Michail X, Boldrini P. Current research funding methods dumb down health care and rehabilitation for disabled people and aging population: a call for a change. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2014 Dec;50(6):601–8.
8. Jensen BT, Laustsen S, Jensen JB, Borre M, Petersen AK. Exercise-based pre-habilitation is feasible and effective in radical cystectomy pathways-secondary results from a randomized controlled trial. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. 2016 Aug;24(8):3325–31.
9. Tesio L. I bravi e i buoni – Perché la medicina clinica puo' essere una scienza. Roma: Il Pensiero Scientifico; 2015.
10. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, *et al.* Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*. 2014 Mar 7;348:g1687.
11. Negrini S. Application of the TIDieR checklist to improve understanding and replicability of studies in Physical and Rehabilitation Medicine. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2015 Dec;51(6):667–8.
12. The Department of Health and Social Security. OPCS Surveys of disability in Great Britain Report 1: The prevalence of disability among adults. 1988.
13. WHO. Resolution 58.23, "Disability, including prevention, management and rehabilitation." 2005.
14. UEMS PRM Section Professional Practice Committee. The Field of Competence of the Physical and Rehabilitation Medicine Physicians -Part One. 2014.
15. Gutenbrunner A, Delarque A. Action plan of the Professional Practice Committee-UEMS Physical and Rehabilitation Medicine Section: description and development of our field of competence. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2009 Jun;45(2):275–80.
16. Gutenbrunner C, Neumann V, Lemoine F, Delarque A. Describing and developing the field of competence in Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe – preface to a series of papers published by the Professional Practice Committee of the ФРМ section of the Union of European Medical Specialists (UEMS). *Ann Phys Rehabil Med*. 2010 Dec;53(10):593–7.
17. Ward AB, Gutenbrunner C, Damjan H, Giustini A, Delarque A. European Union of Medical Specialists (UEMS) section of Physical & Rehabilitation Medicine: a position paper on physical and rehabilitation medicine in acute settings. *J Rehabil Med*. 2010 May;42(5):417–24.
18. Ward A, Gutenbrunner C, Giustini A, Delarque A, Fialka-Moser V, Kiekens C, *et al.* A position paper on Physical & Rehabilitation Medicine programmes in post-acute settings. Union of European Medical Specialists Section of Physical & Rehabilitation Medicine (in conjunction with the European Society of Physical & Rehabilitation Medicine). *J Rehabil Med*. 2012 Apr;44(4):289–98.
19. Takáč P, Petrovičová J, Delarque A, Stibrant Sunnerhagen K, Neumann V, Vetra A, *et al.* Position paper on ФРМ and persons with long term disabilities. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2014 Aug;50(4):453–64.
20. Giustini A, Varela E, Franceschini M, Votava J, Zampolini M, Berteau M, *et al.* UEMS--Position Paper. New technologies designed to improve functioning: the role of the physical and rehabilitation medicine physician. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2014 Oct;50(5):579–83.
21. Varela-Donoso E, Damjan H, Muñoz-Lasa S, Valero-Alcaide R, Neumann V, Chevignard M, *et al.* Role of the physical and rehabilitation medicine specialist regarding of children and adolescents with acquired brain injury. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2013 Apr;49(2):213–21.
22. McElligott J, Carroll A, Morgan J, Macdonnell C, Neumann V, Gutenbrunner C, *et al.* European models of multidisciplinary rehabilitation services for traumatic brain injury. *Am J Phys Med Rehabil*. 2011 Jan;90(1):74–8.
23. Fialka-Moser V, Korpan M, Varela E, Ward A, Gutenbrunner C, Casillas JM, *et al.* The role of physical and rehabilitation medicine specialist in lymphoedema. *Ann Phys Rehabil Med*. 2013 Jul;56(5):396–410.
24. Oral A, Ilieva EM, Küçükdeveci AA, Varela E, Valero R, Berteau M, *et al.* Generalised and regional soft tissue pain syndromes. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2013 Aug;49(4):535–49.
25. Küçükdeveci AA, Oral A, Ilieva EM, Varela E, Valero R, Berteau M, *et al.* Inflammatory arthritis. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2013 Aug;49(4):551–64.
26. Oral A, Küçükdeveci AA, Varela E, Ilieva EM, Valero R, Berteau M, *et al.* Osteoporosis. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2013 Aug;49(4):565–77.
27. Ilieva EM, Oral A, Küçükdeveci AA, Varela E, Valero R, Berteau M, *et al.* Osteoarthritis. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2013 Aug;49(4):579–93.
28. Valero R, Varela E, Küçükdeveci AA, Oral A, Ilieva E, Berteau M, *et al.* Spinal pain management. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2013 Oct;49(5):715–25.
29. Oral A, Ilieva EM, Küçükdeveci AA, Varela E, Valero R, Berteau M, *et al.* Local soft tissue musculoskeletal disorders and injuries. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2013 Oct;49(5):727–42.
30. Varela E, Valero R, Küçükdeveci AA, Oral A, Ilieva E, Berteau M, *et al.* Shoulder pain management. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective

- based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2013 Oct;49(5):743–51.
31. Varela E, Oral A, Ilieva E, Küçükdeveci AA, Valero R, Berceanu M, *et al.* Musculoskeletal perioperative problems. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2013 Oct;49(5):753–9.

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 (ECPRM) – обслуживается Советом UEMS-PRM
- редакторов третьего издания Белой книги по Физической и Реабилитационной Медицине в Европе: Стефано Негрини, Педро Кантоста, Мария Габриэлла Цераволо, Николас Христодулу, Ален Деларке, Кристоф Гутенбруннер, Шарлотта Киекенс, Саша Мославац, Энрике Варела-Доносо, Энтони Б. Уорд, Мауро Замполини
- соавторов: Мария Габриэлла Чераволо, Николас Христодулу, Кристоф Гутенбруннер, Стефано Негрини, Николас Бароцис, Педро Кантоста, Калогеро Фоти, Славица Дие. Яндрич, Чрт Маринчек, Ксанти Михаил, Даниэль Вевер, Джером Бикенбах, Кристиан Борг, Леонард Ли, Марта Иمامура, Саймон Ф. Тан