

Оценка качества медицинской реабилитации

Л. Луцки¹, Ю. Трегер²

¹ Южное региональное отделение, Больничная касса «Клалит», Израиль

² Медицинский университетский центр «Сорока», Беэр-Шева, Израиль

Успехи современной медицины, увеличение продолжительности жизни, а также признание медицинской реабилитации как неотъемлемой и важной части лечения пациента привело к интенсивному развитию этой отрасли в большинстве стран мира. Динамика процесса развития реабилитации, особенно в российской медицине, неизменно ставит вопрос об оптимальных подходах, принципах и формах оценки качества реабилитационного лечения. Учитывая разнообразие организационных структур и профессиональных направлений отрасли, создание и внедрение в практику адекватного списка индикаторов качества является непростой задачей. Медицинская система Израиля накопила многолетний опыт организации работы разнообразных структур реабилитационного лечения, а страховой тип организации здравоохранения привел к выработке оптимальных индикаторов оценки качества профессиональной деятельности. Накопленный опыт может помочь в процессе создания системы оценки качества в Российской Федерации. Медицинская реабилитация характеризуется длинным перечнем аспектов профессиональной деятельности, подлежащих контролю качества, поэтому принято разделять показатели на индикаторы структуры, процесса и результата. В разных странах используются различные показатели качества, но все они построены по похожим принципам, учитывающим простоту и объективность сбора информации, минимальную зависимость от личности аудитора, сочетание различных форм внешней и внутренней инспекции с включением результатов опросов пациентов и членов их семей. Выбранные индикаторы должны отражать разные стороны реабилитации, стимулировать постоянное повышение качества за счет проведения соответствующих профессиональных и организационных мероприятий в отрасли в целом и в отдельных учреждениях в частности. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, распространенная во многих странах и являющаяся общепризнанной концептуальной парадигмой в области медицинской реабилитации, может стать со временем оптимальной платформой развития системы оценки качества реабилитационных систем.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, качество реабилитационной помощи, критерии качества реабилитации, индикаторы качества реабилитации.

Для цитирования: Луцки Л., Трегер Ю. Оценка качества медицинской реабилитации. *Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация*. 2020;2(1):38–48. DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab19266>

Поступила: 25.12.2019 **Принята:** 21.02.2020

Список сокращений

МКФ — Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

Введение

Медицинская реабилитация как самостоятельная дисциплина развивается в последние десятилетия ускоренными темпами по всему миру. Этому способствуют успехи медицины, увеличение продолжительности жизни и признание обществом целе-

сообразности вложения средств в восстановление качества жизни пациентов, успешно прошедших острые периоды медицинского лечения после тяжелых заболеваний и травм [1]. Проникновение реабилитационной практики в новые сферы медицинской деятельности, например онкологию и трансплантологию, а также возникновение, развитие и становление новаторских организационных форм реабилитационных структур, таких как домашняя реабилитация и реабилитация на расстоянии, особенно остро ставят вопросы оценки качества в медицинской реабилитации [2]. Множественность подходов, относительно низкий уровень доказательной базы, размытость границ между этапами, видами и формами реабилитационного лечения

Quality Assessment in Medical Rehabilitation

L. Lutsky¹, I. Treger²

¹ South Department of Clalit Health Services, Rehabilitation Unit, Beer Sheva, Israel

² Soroka University Medical Center, Rehabilitation, Beer Sheva, Israel

The advances of modern medicine, prolonging the average life-span, and especially the recognition of medical rehabilitation as a vital part of the medical process, have created rapid development in the field among most of the countries worldwide. The dynamic process of the development in the fields of medical rehabilitation in Russian healthcare, has brought up questions about different outlooks, principles and processes of quality assessment in medical rehabilitation. Taking into consideration the differences in the organizational structures and professional tendencies — applying the indicators of quality into rehabilitation practice can prove to be challenging. In the last years the Israeli health system has gained much experience working with different rehabilitation structures. The Obligatory State Insurance of the Israeli health system forced Health Funds to develop optimal indicators for the evaluation of the professional quality in rehabilitation. The accumulated knowledge can help in creating a system for the quality assessment in Russian Federation. Rehabilitation is characterized by a long list of professional performance aspects which are exposed to quality control. That is why it is common to define indicators separately for the structures, processes, and results. In different countries dissimilar aspect of quality are defined as indicators, but all of them are built on similar principles — which focus on the simplicity and objectiveness of information gathering, minimal dependency on the character of the auditor, combining different forms of internal and external examination, and including systems of quality control by gathering questionnaires from the patients and their family members. The chosen quality indicators of the rehabilitation process need to reflect on the different sides of the professional treatment, stimulating a constant increase in quality on account of organizational activities in the industry in general and in separate departments in particular. The International Classification of Functioning (ICF) is widespread over many countries and constitutes the accepted paradigm in the field of medical rehabilitation, and with time may become the optimal platform for developing a system of quality control worldwide.

Keywords: *medical rehabilitation, quality of rehabilitation care, quality assessment in rehabilitation, quality indicators in rehabilitation.*

For citation: Lutsky L, Treger I. Quality Assessment in Medical Rehabilitation. *Physical and rehabilitation medicine, medical rehabilitation*. 2020;2(1):38–48. DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab19266>

Received: 25.12.2019 **Accepted:** 21.02.2020

существенно затрудняет четкое определение качества профессиональной помощи [3, 4].

Реабилитационное лечение в Израиле входит в корзину обязательной медицинской помощи и предоставляется Больничными кассами¹ всем без исключения нуждающимся гражданам [5]. Общественный характер финансирования всех видов реабилитации стимулировал отработку Больничными кассами оптимальных методик и поиска соответствующих индикаторов контроля уровня качества профессиональной помощи, оказываемой их подопечным [6]. Этот многолетний опыт может быть использован в становлении системы контроля качества медицинской реабилитации в Российской Федерации в условиях интенсивного ее развития [7] и особенно в рамках недавнего утверждения профессионального стандарта «Специалист по медицинской реабилитации» [8].

Задачей данного обзора является обобщение опубликованных в научной литературе данных по вопросу оценки качества медицинской реабилитации, ее индикаторам и принципам, а также анализ опыта, накопленного в медицинской системе Израиля.

С целью осуществления поставленной задачи выполнены систематический поиск информации в 5 источниках данных (PubMed, Cochrane, Web of Science, ScienceDirect, Embase); анализ данных, представленных Всемирной организацией здравоохранения, Министерством здравоохранения Израиля, Министерством здравоохранения Российской Федерации. Поиск проводился по ключевым словам и комбинациям следующих слов: «медицинская реабилитация», «качество реабилитации», «оценка качества», «индикаторы качества реабилитации». Проведен анализ опыта оценки качества реабилитации в мире и в Израиле.

¹ Больничные кассы — система услуг в Израиле, предоставляемая медицинскими учреждениями населению страны.

Подходы, принципы и формы оценки качества реабилитации

В своей известной модели А. Donabedian выделил три блока качества медицинской помощи:

- 1) структура, включающая учреждение, профессиональную команду и оборудование;
- 2) процесс, включающий протоколы, организационные формы профессиональной деятельности и активное вовлечение пациента и его семьи;
- 3) результат, оценивающий степень улучшения состояния пациента и его возвращения к активной жизни [9].

Хотя модель была построена для медицины в целом, она как нельзя лучше подходит и к медицинской реабилитации. Так, N. Dowla и L. Chan [10] успешно ее используют для анализа индикаторов качества реабилитации больных после инсульта в Соединенных Штатах Америки, в Израиле [11] и других странах. Каждый из трех блоков характеризует по своему уровень качества профессиональной деятельности и в большинстве случаев рекомендуется использование сочетания индикаторов структуры, процесса и результатов реабилитации [12].

Общеизвестно, что любые формы контроля качества реабилитационной помощи требуют затрат рабочего времени сотрудников и вложения немалых средств [13]. Несмотря на это, оценка качества признана во всем профессиональном мире важным элементом управления реабилитационным учреждением как для пациента и его семьи, так и для многопрофильной команды и руководства. В условиях ограничения ресурсов здравоохранения контроль экономической целесообразности реабилитации пациента с использованием показателей и признанных индикаторов качества также является первоочередной задачей. Введение в Израиле закона об обязательном государственном медицинском страховании в 1995 г. привело к возникновению необходимости контроля качества реабилитации с целью оптимизации бюджета, выделенного Больничными кассами на восстановление пациентов [5]. Это в свою очередь стимулировало широкое внедрение разнообразных методов функциональной оценки и форм контроля качества проведения реабилитации. С 1995 по 2007 г. количество постоянно применяемых методов оценки выросло практически с 0 до 125 при анализе 31 реабилитационного учреждения Израиля, проведенном Н. Ring и соавт. [14]. Следует отметить, что введение контроля качества немедленно отразилось на тенденциях и практике реабилитационной работы. Так, например, средняя продолжительность госпитализации в реабилитационном отделении Центра Левинштейн после ин-

сульта снизилась со 105 дней в 1992 г. до 68 в 2000, а в 2017 в отделении Медицинского центра «Сорока» составила уже 45 дней.

В разных странах и реабилитационных системах приняты различные методики регистрации и сбора результатов процесса контроля качества. Так, документ Европейского отделения Всемирной организации здравоохранения [15] формулирует 5 возможных методов:

- 1) контроль официального правительственного ведомства, такого как Министерство здравоохранения, который обычно проводится с определенной периодичностью и напрямую связан с процессом лицензирования учреждения; опросники удовлетворенности пациентов и членов их семей, которые могут быть адекватными показателями в оценке определенных параметров качества обслуживания [16];
- 2) оценка внешней инспекции, позволяющая проанализировать качество реабилитации и ее соответствие принятым стандартам, такая как процесс аккредитации различными организациями или профессиональными сообществами;
- 3) регистрация и анализ статистических индикаторов, как правило, фиксируемых с помощью электронных систем сбора информации;
- 4) внутренний текущий и периодический контроль качества оказываемой помощи с использованием функциональных и административных систем и шкал объективной оценки, проводимой профессиональной командой и руководством.

Следует отметить, что, по опыту израильской реабилитационной системы, наилучший результат дает сочетанное применение всех методов получения информации о качестве реабилитационной помощи. Министерство здравоохранения и Общество реабилитологов проводят запланированный периодический аудит реабилитационных медицинских структур для предоставления или подтверждения лицензий на лечение и подготовку персонала. Проверка проводится экспертной командой по принятым в международном сообществе принципам, опубликованным в литературе [17, 18]. Оценка качества лечения с точки зрения пациента и членов его семьи выполняется ежегодно методом стандартного опросника, проводимого выборочно независимыми компаниями также по общепринятым принципам [16, 19]. Внешняя инспекция и контроль качества реабилитации проводятся в Израиле профессиональной командой Больничных касс. Периодические проверки качества реабилитации конкретных пациентов проводятся путем анализа записей в электронной истории болезни, в первую очередь протоколов заседаний реабилитаци-

онной команды или этапных эпикризов. В части случаев врач-реабилитолог Больничной кассы участвует в заседании команды или в совместном осмотре пациента. Итоговый анализ, в основном оценивающий экономическую эффективность учреждения, проводится и по обобщенным показателям определенного периода работы реабилитационного отделения или клиники. Обязательными статистическими индикаторами качества, принятыми Министерством здравоохранения Израиля для реабилитационных отделений и регистрируемыми автоматически по данным электронной истории болезни, являются:

- 1) процент пациентов, прошедших оценку по системе FIM (Functional Independence Measure — *показатель функциональной независимости*) при поступлении и перед выпиской; минимальным уровнем приемлемого качества считается 90%;
- 2) процент пациентов, поступивших на реабилитацию после инсульта или перелома шейки бедра, прошедших лечение в течение минимум 30 мин 5 лечебных дней подряд по физиотерапии и эрготерапии; для физиотерапии этот процент должен превышать 90, а для эрготерапии — 85.

Для оценки реабилитационных отделений применяются и другие статистические индикаторы, не являющиеся специфическими для реабилитации, например количество падений с тяжелыми последствиями или возникновение новых пролежней. Израильские реабилитационные клиники используют различные и многочисленные функциональные шкалы для текущей оценки качества профессиональной работы, причем каждое отделение или структура амбулаторной реабилитации может выбирать список показателей по своему усмотрению [14, 20].

Принципы выбора индикаторов качества медицинской реабилитации

Реабилитация включает в себя огромное множество аспектов, большинство из которых могут быть важны для функционального результата и, соответственно, представлять интерес для формулировки перечня индикаторов качества реабилитационного лечения. Именно поэтому выбор оптимальных индикаторов для адекватной оценки качества является важнейшим элементом функционирования реабилитационного учреждения и системы. Углубленный анализ этих принципов широко освещен в литературе [21, 22] и выходит за рамки данного обзора, поэтому мы ограничимся кратким обсуждением основных из них.

Как уже упоминалось выше, регистрация и анализ индикаторов качества требует времени персонала и финансовых затрат учреждения и медицинской системы в целом. Поэтому предпочтение должно от-

даваться показателям, занимающим минимальное время для их оценки, фиксации и анализа. Идеально использование компьютерных систем регистрации, мобильных приложений и электронных историй болезни с автоматической обработкой показателей. Необходим обоснованный отбор индикаторов по принципу выбора одного, самого информативного показателя из каждой группы, характеризующей определенную сферу профессиональной деятельности или функциональной активности. В израильской системе реабилитации, например, принято повсеместное использование показателя FIM для оценки степени зависимости пациента от помощи ассистента. Многочисленные другие шкалы, оценивающие данный аспект реабилитации, не применяются, несмотря на то, что они признаны не менее информативными и активно используются в других странах [20].

Необходимо наличие четкой связи между индикатором и профессиональной деятельностью команды, возможности улучшения показателя при изменении параметров работы персонала. Примером такой связи является показатель падений больного в отделении, который признан важным индикатором качества работы медицинских стационаров. Не вызывает сомнений, что падение больного в отделении может привести к тяжелым негативным последствиям, однако одна из задач отделения реабилитации — это активизация больного, в том числе и в направлении самостоятельного перемещения по отделению. Поэтому применение усиленных мер по снижению частоты падений в отделении может привести к чрезмерной иммобилизации пациентов и понижению эффективности реабилитации. Кроме того, последние исследования показывают, что нет доказательной базы для подтверждения эффективности какого-либо метода лечебного воздействия на частоту падения пациентов [23]. В Израиле частота падений с серьезными повреждениями является обязательным показателем качества в общих больницах, но в реабилитационных отделениях анализ данного индикатора проводится с осторожностью и оценивается в основном его динамика в течение времени.

Индикаторы качества позволяют формулировать единый профессиональный язык, проводить сравнение между различными реабилитационными учреждениями в регионе, стране и даже между различными странами, эффективно организовывать научные исследования. Поэтому создание уникальных местных шкал и индикаторов выглядит в большинстве случаев менее целесообразным, чем использование и адаптация существующих и опробованных показателей. Этот принцип важен, несмотря на существенные сложности в сравнительном

анализе показателей различных учреждений, многократно упомянутых в литературе [24]. В Израиле, например, отмечается выраженная географическая асимметрия стационарной и дневной реабилитации [2]. Наибольшее количество отделений реабилитации сконцентрировано в центре при практически полном отсутствии реабилитологической помощи на севере и юге страны [25]. Это приводит к вынужденным различиям в анализе одних и тех же показателей качества в центре и на периферии.

В процессе принятия решений об использовании того или иного индикатора качества необходимо прогнозировать его возможное влияние на тенденции развития реабилитационного учреждения и отрасли в целом. Так, несмотря на повсеместное использование шкалы FIM в Израиле, принято решение не включать его абсолютное значение в список обязательных индикаторов качества в реабилитации. Введение показателя в принятые критерии качества может привести к тому, что реабилитационные отделения будут отказывать тяжелым и неперспективным пациентам в попытке стационарной реабили-

литации. В условиях дефицита реабилитационных коек в стране, и в особенности на периферии [25], это может привести к негативным профессиональным последствиям. Именно поэтому обязательным показателем качества в Израиле является факт оценки шкалы FIM при поступлении и перед выпиской, но не ее абсолютные значения.

Индикаторы качества структуры реабилитации

Проведение полноценной, качественной медицинской реабилитации требует адекватных площадей, обученной профессиональной команды и современного оборудования (табл. 1) [22, 24]. Площадь учреждения должна быть достаточна для лечебной работы всех членов команды, самостоятельного тренинга и активности пациентов в свободное время, а также для совместной работы команды, включая заседания, совместные осмотры пациентов, работу с семьями. Именно поэтому площадь стационарного отделения реабилитации оговорена в утвержденных регулятором стандартах и является обязательной

Таблица 1. Перечень принятых показателей качества медицинской реабилитации

Показатель	Характеристика показателя	Типы реабилитационных учреждений, подходящие для применения показателя
Структура, включающая учреждение, профессиональную команду и оборудование		
Площадь учреждения	Минимальная площадь учреждения, позволяющая проводить адекватные реабилитационные мероприятия	Стационарное отделение Дневная реабилитация
Профессиональная команда учреждения	Укомплектованность учреждения всеми необходимыми профессиональными единицами с учетом количества ставок и уровня профессионального обучения, а также работа профессиональной команды под руководством врача-реабилитолога	Стационарное отделение Дневная реабилитация Домашняя реабилитация Амбулаторные клиники: некоторые могут работать без врача и не по принципам командной работы
Время реабилитационного лечения	Количество реабилитационных сессий в день/неделю/месяц, время отдельной сессии	Стационарное отделение Дневная реабилитация Домашняя реабилитация Амбулаторные клиники
Процесс, включающий протоколы, организационные формы профессиональной деятельности и активное вовлечение пациента и его семьи		
Индивидуальная программа реабилитации	Выработка и письменная формулировка индивидуальной программы, включающей цели, план лечения и временные рамки	Стационарное отделение Дневная реабилитация Домашняя реабилитация Амбулаторные клиники
Протоколы динамики реабилитационной программы	Регулярное ведение структурированных протоколов, отражающих изменения и выполнение многопрофильной реабилитационной программы, возможно в виде протоколов заседаний команды	Стационарное отделение Дневная реабилитация Домашняя реабилитация

Таблица 1. Продолжение

Использование протоколов специфических типов реабилитации	Применение утвержденных профессиональным сообществом протоколов реабилитации пациентов со специфическими типами повреждений (инсульт, травматическое повреждение мозга, повреждения спинного мозга, ампутации, переломы и т.д.)	Стационарное отделение Дневная реабилитация Домашняя реабилитация Амбулаторные клиники
Обсуждение с пациентом	Обсуждение программы и ее динамики с пациентом и членами его семьи, активное включение их в процесс реабилитации	Стационарное отделение Дневная реабилитация Домашняя реабилитация Амбулаторные клиники
Перевод пациента на следующий этап реабилитации	Формулировка заключения и организация выписки пациента на следующий этап реабилитации с указанием целей, рекомендуемых видов продолжения реабилитации, адаптации среды и модуляции стиля жизни, направленной на улучшение ее качества и профилактику осложнений ограниченных способностей	Стационарное отделение Дневная реабилитация Домашняя реабилитация Амбулаторные клиники
Результат, оценивающий степень улучшения состояния пациента и его возвращения к активной жизни		
Показатели функциональных шкал и методов оценки	Результаты проведения различных функциональных шкал и методов объективной оценки для объективизации различных параметров функционирования пациента при выписке как показатель результата реабилитационного лечения	Стационарное отделение Дневная реабилитация Домашняя реабилитация Амбулаторные клиники
Улучшение функциональных показателей в процессе реабилитации	Фиксация ключевых функциональных показателей при поступлении, выписке из реабилитационного учреждения и расчет их изменения в ходе программы как индикатор успеха или эффективности программы	Стационарное отделение Дневная реабилитация Домашняя реабилитация Амбулаторные клиники
Процент пациентов с пролежнями	Процент пациентов с впервые развившимися или ухудшившимися в отделении пролежнями	Стационарное отделение
Процент падений с тяжелыми последствиями для здоровья	Процент падений с тяжелыми последствиями для здоровья, такими как переломы или черепно-мозговые травмы	Стационарное отделение Дневная реабилитация Домашняя реабилитация Амбулаторные клиники
Процент повторных непредотвратимых госпитализаций	Процент повторных непредотвратимых госпитализаций в течение месяца после выписки из стационарного реабилитационного отделения	Стационарное отделение
Процент возвращения домой	Процент пациентов, вернувшихся домой по завершении стационарной реабилитации после повреждений и заболеваний	Стационарное отделение
Возвращение на работу/учебу	Процент пациентов, вернувшихся на работу/учебу по завершении процесса реабилитации после повреждений и заболеваний	Стационарное отделение Дневная реабилитация Домашняя реабилитация Амбулаторные клиники

для получения лицензии. В данном контексте она относится к показателям качества структуры стационара и отделения дневной реабилитации в Израильской медицинской системе.

Уровень реабилитационного лечения в большей степени зависит от многопрофильной профессиональной команды, поэтому неудивительно, что в литературе предложены несколько важных показателей качества структуры реабилитационного персонала. Реабилитационной командой должен руководить врач-реабилитолог, прошедший соответствующий профессиональный тренинг и обладающий необходимыми компетенциями [17, 24]. Кроме того, в состав команды должны входить обязательные профессионалы, также прошедшие соответствующее обучение, получившие официальную лицензию и обладающие принятыми в стране профессиональными навыками [17]. Обычно в этот список входят реабилитационная сестра, специалисты по двигательной, ментальной и речевой реабилитации, социальный работник и психолог [24]. Отработка принципов эффективной командной работы абсолютно необходима для достижения поставленных функциональных задач и особенно важна в отделениях стационарной реабилитации, амбулаторной дневной реабилитации и многопрофильной домашней реабилитации. Согласно распоряжению Министерства здравоохранения Израиля, наличие многопрофильной профессиональной команды, функционирующей под руководством врача-реабилитолога, является абсолютно обязательным, и, соответственно, принимается как важный индикатор качества структуры реабилитационного учреждения.

Последние исследования показывают, что количество лечебных часов, проведенных пациентом в процессе активной реабилитации, прямо пропорционально функциональному результату [26]. Именно поэтому количество лечебных сессий в день/неделю/месяц в процессе реабилитации, а также длительность самих сессий является общепризнанным индикатором качества структуры реабилитационного учреждения [13, 24]. Стандарты различаются от страны к стране и от системы к системе, но в страховых системах стационарной реабилитации большинства стран принят минимальный стандарт трехчасовых индивидуальных сессий в день 5 дней в неделю. Как уже отмечалось, израильский общенациональный обязательный индикатор для стационарной реабилитации определяет 30-минутную длительность сессии физиотерапии и эрготерапии как минимально приемлемую после инсульта и перелома шейки бедра. В отделениях стационарной и дневной реабилитации принимаются пациенты,

которым необходимо интенсивное лечение как минимум по 3 различным дисциплинам. Показатель фиксируется в электронной истории болезни пациентов и контролируется представителями Больничных касс.

Индикаторы качества процесса реабилитации

Одной из важнейших отличительных особенностей реабилитационной медицины является разработка индивидуальной программы, построенной по принципам Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) с учетом всех ее компонентов — структуры и функции, активности, участия, характеристик здоровья, факторов окружающей среды и индивидуальных характеристик больного [27]. Неудивительно, что наличие такой сформулированной программы в истории болезни пациента является, по мнению большинства авторов, обязательной составляющей процесса реабилитации и важным индикатором качества как стационарного, так и амбулаторного учреждения [21, 22, 28]. Оценка наличия адекватной многопрофильной реабилитационной программы, включающей цели, план работы и временные рамки, входит во все виды внутренних и внешних проверок и аудитов и в израильской реабилитационной системе.

Реабилитационная программа практически никогда не является статичной. В ходе достижения поставленных функциональных целей либо при изменении задач происходит адаптация программы в целом и отдельных ее элементов. В большинстве реабилитационных учреждений как стационарного, так и амбулаторного типа изменения программы происходят в ходе заседаний многопрофильной команды под руководством врача-реабилитолога. Наличие письменных структурированных протоколов этих заседаний с указанием продвижения пациента и формулировкой уточненной программы является важным индикатором качества процесса реабилитации [17, 29]. В израильской практике врачи-реабилитологи Больничных касс имеют свободный доступ к записям электронной истории болезни своих пациентов, и большинство решений принимается на основе подробных протоколов заседаний реабилитационных команд. Поэтому наличие и качество таких протоколов является не только важнейшим индикатором качества, но и абсолютно обязательным условием функционирования таких учреждений, как отделение реабилитации, а также амбулаторная дневная и домашняя реабилитация.

Во многих сферах реабилитации разработаны протоколы лечения, которые утверждены местны-

ми или международными профессиональными сообществами. Такие протоколы четко сформулированы для реабилитации больных после инсульта [13], травм головного мозга [22], для спинальных больных и других направлений реабилитации. Несмотря на важность индивидуальной программы, использование таких протоколов в соответствующих случаях обеспечивает высокий уровень профессиональной помощи и является принятым индикатором качества реабилитации [13, 22]. В Израиле использование принятых международным сообществом протоколов не является обязательным, но принимается в расчет при проведении различных видов проверок, особенно в сфере повреждений головного и спинного мозга, а также ампутаций конечностей.

Пациент и его семья являются активной частью реабилитационного процесса. Постоянный контакт с пациентом, своевременная передача профессиональной информации и обсуждение динамики и целей проводимой программы происходят постоянно в большинстве реабилитационных структур [21]. Оценка эффективности участия пациента и его семьи в процессе реабилитации является важным показателем качества и обычно оценивается методом опросников пациентов и членов семей, проводимых ежегодно в Израиле [16, 19]. В отделении реабилитации Медицинского центра «Сорока» пациент вместе с членом его семьи активно приглашается на встречу с врачом-реабилитологом дважды в течение госпитализации — сразу после первого обсуждения на заседании команды и после заседания, в ходе которого принято решение о выписке пациента на амбулаторное лечение. По желанию пациента либо его семьи может быть проведено и больше встреч, но эти две являются обязательными и учитываются как показатель качества процесса работы отделения. Приемлемым считается 70% проведенных встреч от общего количества госпитализированных.

Медицинская реабилитация является в большинстве случаев многоэтапным процессом, поэтому процесс выписки пациента и перевода его на следующий этап реабилитации с максимальным соблюдением принципа преемственности лечения является важнейшим фактором, влияющим на конечный функциональный результат. В случае окончания процесса реабилитации пациент выписывается домой и подчас полностью выпадает из сферы наблюдения реабилитационных служб. В этом случае проведение адекватного инструктажа пациента и членов его семьи в вопросах социальной поддержки, адаптации среды и модуляции стиля жизни являются не менее важными, и его отсутствие может подорвать все достижения предыдущих этапов реабилитации. Орга-

низация оказания социальной помощи, построение программы самостоятельного тренинга по месту жительства могут помочь пациенту сохранить и преумножить достигнутые функциональные результаты, повысить качество жизни дома и в обществе, и обеспечить профилактику осложнений. К сожалению, непросто оценить эффективность этого сложного процесса, но наличие адекватного заключения с указанием целей, рекомендуемых видов продолжения реабилитации, адаптации среды и модуляции стиля жизни считается показателем качества и учитывается в большинстве систем оценки процесса реабилитации [30]. В Израиле в дополнение к медицинскому заключению обязательным является проведение структурированного процесса перевода больного на следующий этап реабилитации, включающего прямую передачу информации в поликлинику и информирование семейного врача о необходимых реабилитационных мероприятиях после выписки. В отдельных случаях информация передается напрямую от члена команды отделения к соответствующему профессионалу поликлиники, заблаговременно заказываются необходимые медикаменты или очереди посещения соответствующих специалистов. Весь процесс объясняется пациенту и членам его семьи перед выходом из стационара, фиксируется в электронной истории болезни и оценивается как индикатор качества в ходе внутренних и внешних проверок.

Индикаторы качества результата реабилитации

Главной задачей медицинской реабилитации является улучшение функциональных показателей пациента и повышение его уровня жизни, поэтому при всей важности индикаторов структуры и процесса, главное внимание в оценке качества реабилитации уделяется показателям результата [21, 22, 27, 29]. К данной группе индикаторов относится длинный список функциональных шкал и систем оценки, как правило, сгруппированных согласно принципам МКФ. Подбор показателей отличается и зависит от типа учреждения, вида повреждения и характеристик пациента. В израильской практике принято отбирать для применения минимальное число признанных в международной практике функциональных шкал для каждого типа нарушения структуры и функции или ограничения активностей, например тесты Berg Balance Scale, Dynamic Gait Index и Timed Up and Go для самостоятельности и равновесия при ходьбе. Набор функциональных показателей при выписке больного дает объективную картину результата реабилитационного лечения и помогает в измеримой форме характеризовать состояние пациента для ре-

шения вопроса об оптимальной программе продолжения лечения, необходимости оказания социальной помощи и формулировке адекватных рекомендаций.

Уровень функциональных показателей при выписке дает весьма условную картину качества работы команды, так как напрямую зависит от функционального уровня пациента при поступлении. Поэтому большинство исследователей предлагают оценивать разницу между показателем шкалы при поступлении и при выписке как индикатор абсолютного улучшения, либо разницу, поделенную на количество дней реабилитации, как выражение эффективности и качества лечения [29, 30]. В Израиле широко распространено использование оценки улучшения функциональных показателей в ходе прохождения программы или лечения в целом, в основном для оценки успеха программы и решения вопроса о целесообразности ее продолжения. Врач-реабилитолог Больничной кассы использует набор индикаторов улучшения функционального состояния больного в ходе профессионального аудита как стационарных, так и амбулаторных реабилитационных учреждений. Неоднородность подбора функциональных показателей и организационные различия не позволяют использовать данную группу индикаторов для сравнения качества реабилитационного лечения в различных профессиональных структурах.

Одной из задач реабилитации больных после тяжелых повреждений и заболеваний является профилактика вторичных осложнений, связанных с иммобилизацией пациентов и самой острой проблемой здоровья. Это позволяет использовать показатели возникновения таких осложнений в качестве индикатора качества реабилитационной помощи [29]. Примером такого индикатора является процент пациентов с впервые развившимися или ухудшившимися в отделении пролежнями. Известно, что пролежни напрямую связаны с неадекватным лечением в отделении и негативно влияют на процесс реабилитации, являясь, таким образом, идеальным показателем качества реабилитационного лечения [31]. Другим широко распространенным показателем качества реабилитации является процент падений с серьезными последствиями для здоровья пациента, такими как перелом или черепно-мозговая травма [32]. Несмотря на невозможность полного предотвращения падений в учреждениях медицинской реабилитации, проведение адекватной оценки и принятие необходимых профилактических мер приводит к снижению частоты случаев падений, особенно с тяжелыми последствиями [29]. Оба эти показателя являются в Израиле обязательными индикаторами качества в медицинских учреждениях

общего профиля и применяются также в отделениях медицинской реабилитации.

Результатом любого процесса реабилитации является выписка больного из реабилитационного учреждения, поэтому группа индикаторов, характеризующих состояние больного после завершения лечебного этапа, является существенной составляющей оценки качества результата реабилитации в целом. Нет никаких сомнений, что в оптимальной ситуации пациент должен вернуться домой максимально здоровым и с функциональными способностями, позволяющими ему возобновить активное участие в жизни семьи, работе или учебе. Используемые индикаторы отражают попытку анализа данных аспектов как показателей качества реабилитации. Доказано, что профессиональная подготовка к возвращению к самостоятельной активности вне больницы существенно снижает процент повторных госпитализаций в течение месяца после выписки [33], поэтому этот индикатор признан важным показателем качества результата реабилитации во многих медицинских системах [29, 30]. Другим общепризнанным индикатором качества реабилитации является процент пациентов, вернувшихся домой по завершении стационарной реабилитации после повреждений и заболеваний [22, 30]. Идеальным показателем успеха реабилитационного лечения в целом может быть возврат пациента на работу или на учебу, который отражает наивысший уровень восстановления участия и заслуженно занимает достойное место в списке важных индикаторов качества результата реабилитации [22]. Учитывая особенности организационной и финансовой системы Израильской медицинской реабилитации, наиболее распространенным индикатором качества результата реабилитационного лечения является процент возврата домой по окончании стационарной реабилитации после заболеваний и травм [34]. В целом по стране этот показатель превышает 80%, а в реабилитационном отделении Медицинского центра «Сорока» составил в 2017 г. 85%.

Заключение

Формирование и внедрение эффективной и профессиональной системы контроля качества медицинской реабилитации является важнейшим стимулятором развития отрасли. Введение в Израиле регулярного аудита, проводимого врачами-реабилитологами Больничных касс и Министерства здравоохранения, привело в течение нескольких лет к значительному снижению длительности госпитализации в отделениях реабилитации, повышению эффективности лечебного процесса и развитию амбулаторных систем реабилитации.

Важнейшей задачей контроля качества является постоянный анализ показателей и проведение организационных и профессиональных мероприятий, повышающих уровень реабилитационного лечения. Оптимальный список индикаторов качества помогает выявить слабые стороны процесса и объективно отражает тенденции улучшения и роста. Многие исследователи отмечают, что в этом смысле более важным является динамика показателей качества, чем абсолютное значение индикатора. При использовании стандартных, общепринятых и валидизированных индикаторов появляется возможность сравнения качества в разных реабилитационных учреждениях на регионарном, национальном и международном уровнях. Такое сравнение представляет огромную ценность для руководства, профессиональной команды и пациентов.

Широкое распространение в профессиональном мире новой парадигмы МКФ Всемирной организации здравоохранения предоставляет перспективную платформу для создания международных индикато-

ров качества реабилитации на основе общепринятых элементов МКФ. Этот процесс требует продолжения активного внедрения в ежедневную практику цифровых показателей новой парадигмы, а также проведения научных исследований, направленных на разработку и доказательства эффективности индикаторов качества, построенных на принципах МКФ.

Источник финансирования

Поисково-аналитическая работа проведена на личные средства авторского коллектива.

Конфликт интересов

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Участие авторов

Авторы внесли равноценный вклад в проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию до публикации.

Список литературы / Referens

1. Treger I, Lutsky L. Tendencies in development of medical rehabilitation, from past to future. *Physical and rehabilitation medicine, medical rehabilitation*. 2019;1(2):101–106. doi: 10.36425/2658-6843-19194.
2. Трегер Ю., Луцки Л. Амбулаторная реабилитация (обзор литературы и Израильский опыт) // *Вестник восстановительной медицины*. — 2014. — № 5. — С. 95–100. [Treger Yu, Lutski L. Outpatient rehabilitation (literature review and the Israeli experience). *Vestnik vosstanovitel'noy meditsiny*. 2014;(5):95–100. (In Russ).]
3. Stucki G, Bickenbach J, Gutenbrunner C, Melvin J. Rehabilitation: the health strategy of the 21st century. *J Rehabil Med*. 2018;50(4):309–316. doi: 10.2340/16501977-2200.
4. Кузякина А.С., Купрейчик В.Л., Богатырев А.Д., и др. Медицинская реабилитация в рамках дневного стационара // *Вестник восстановительной медицины*. — 2017. — № 6. — С. 21–27. [Kuzyakina AS, Kupreychick VL, Bogatirev AD, et al. Outpatient medical rehabilitation. *Vestnik vosstanovitel'noy meditsiny*. 2017;(6):21–27. (In Russ).]
5. Bin Nun G. Private health insurance policies in Israel: a report on the 2012 Dead Sea Conference. *J Health Policy Res*. 2013;2(1):25. doi: 10.1186/2045-4015-2-25.
6. Rosen B, Merkur S. Israel: Health system review. *Health Systems Transition*. 2009;11(2):1–226.
7. Иванова Г.Е., Мельникова Е.В., Шмонин А.А., и др. Пилотный проект «Развитие системы Медицинской Реабилитации в Российской Федерации». Протокол второй фазы // *Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова*. — 2016. — Т. 23. — № 2. — С. 27–34. [Ivanova GE, Melnikova EV, Shmonin AA, et al. Pilot project “Development of medical rehabilitation system in Russian Federation”. Protocol of second stage. *Scientific notes of the I. P. Pavlov St. Petersburg State Medical University*. 2016;23(2):27–34. (In Russ).]
8. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 03.09.2018 № 572н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по медицинской реабилитации»». [Order of the Ministry of labor and social protection of the Russian Federation No. 572n «Ob utverzhdenii professional'nogo standarta “Spetsialist po meditsinskoj rehabilitatsii”»; dated 03.09.2018. (In Russ).] Доступно по: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201809200018>. Ссылка активна на 15.12.2019.
9. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743–1748. doi: 10.1001/jama.260.12.1743.
10. Dowla N, Chan L. Improving quality in stroke rehabilitation. *Top Stroke Rehabil*. 2010;17(4):230–238. doi: 10.1310/tsr1704-230.
11. Eldar R. Quality of care in rehabilitation medicine. *Int J Qual Health Care*. 1999;11(1):73–79. doi: 10.1093/intqhc/11.1.73.
12. Hoenig H, Lee J, Stineman M. Conceptual overview of frameworks for measuring quality in rehabilitation. *Top Stroke Rehabil*. 2010;17(4):239–251. doi: 10.1310/tsr1704-239.
13. Winstein CJ, Stein J, Arena R, et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association / American Stroke Association. *Stroke*. 2016;47(6):98–169. doi: 10.1161/STR.0000000000000098.

14. Ring H, Itzkovich M, Dynia A. Survey on the use of function assessment and outcome measures in rehabilitation facilities in Israel (SUFA 2004). *Isr Med Assoc J*. 2007; 9(2):102–106.
15. Shaw C. *How can hospital performance be measured and monitored?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe; 2003. Available from: <http://www.euro.who.int/document/e82975.pdf>.
16. Jackson K, Hamilton S, Jones S, Barr S. Patient reported experiences of using community rehabilitation and/or support services whilst living with a long-term neurological condition: a qualitative systematic review and meta-aggregation. *Disabil Rehabil*. 2019;41(23):2731–2749. doi: 10.1080/09638288.2018.1473508.
17. Novak C, Yuson M. *Tips for effective auditing/monitoring of medicare documentation for OT, PT and Speech*. Kaiser Permanente; 2013. Available from: https://www.hcca-info.org/Portals/0/PDFs/Resources/Conference_Handouts/Compliance_Institute/2013/POST/POSTAM16print1.pdf.
18. *Rehabilitation management systems audit tool*. Version 1.3. Australian Government Comcare; 2017. Available from: https://www.comcare.gov.au/__data/assets/pdf_file/0011/136100/04781_SM_RMS_audit_tool_v2.pdf.
19. Medina-Mirapeix F, Jimeno-Serrano FJ, Escolar-Reina P, Del Baño-Aledo ME. Is patient satisfaction and perceived service quality with musculoskeletal rehabilitation determined by patient experiences? *Clin Rehabil*. 2013;27(6): 555–564. doi: 10.1177/0269215512468142.
20. Ring H, Feder M, Schwartz J, Samuels G. Functional measures of first-stroke rehabilitation inpatients: usefulness of the functional independence measure total score with a clinical rationale. *Arch Phys Med Rehabil*. 1997;78(6): 630–635. doi: 10.1016/s0003-9993(97)90429-9.
21. Moore JL, Potter K, Blankshain K, et al. A core set of outcome measures for adults with neurologic conditions undergoing rehabilitation. *J Neurol Phys Ther*. 2018;42(3):174–220. doi: 10.1097/NPT.0000000000000229.
22. Rivara FP, Ennis SK, Mangione-Smith R. Quality of care indicators for the rehabilitation of children with traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012;93(3):381–385. doi: 10.1016/j.apmr.2011.08.015.
23. Cameron ID, Dyer SM, Panagoda CE, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;9(9):CD005465. doi: 10.1002/14651858.CD005465.pub4.
24. *Inpatient rehabilitation facility services*. Chapter 10. Report to the Congress. Medicare Payment Policy; |2018. P. 267–294. Available from: http://www.medpac.gov/docs/default-source/reports/mar18_medpac_ch10_sec.pdf?sfvrsn=0.
25. Zucker I, Laxer I, Rasooli I, et al. Regional gaps in the provision of inpatient rehabilitation services for the elderly in Israel: Results of a national survey. *Isr J of Health Policy Res* 2013;2:27. doi: 10.1186/2045-4015-2-27.
26. Truchon C, Fallah N, Santos A, et al. Impact of therapy on recovery during rehabilitation in patients with traumatic spinal cord injury. *J Neurotrauma*. 2017;34(20):2901–2909. doi: 10.1089/neu.2016.4932.
27. Jesus TS, Hoenig H. Postacute rehabilitation quality of care: toward a shared conceptual framework. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015;96(5):960–969. doi: 10.1016/j.apmr.2014.12.007.
28. Zorowitz RD. Stroke rehabilitation quality indicators: raising the bar in the inpatient rehabilitation facility. *Top Stroke Rehabil*. 2010;17(4):294–304. doi: 10.1310/tsr1704-294.
29. *Inpatient rehabilitation facility quality reporting program: specifications for the quality measures proposed through the fiscal year 2016 notice of proposed rulemaking*. RTI International is a trade name of Research Triangle Institute; 2015. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/IRF-Quality-Reporting/Downloads/Inpatient-Rehabilitation-Facility-Quality-Reporting-Program-Specifications-for-the-Quality-Measures-Proposed-Through-the-Fiscal-Year-2016-Notice-of-Proposed-Rulemaking-report.pdf>.
30. Kramer A, Lin M, Fish R, Min SJ. *Development of inpatient rehabilitation facility quality measures: potentially avoidable readmissions, community discharge, and functional improvement*. Providigm, LLC; 2015. Available from: <http://www.medpac.gov/docs/default-source/contractor-reports/development-of-inpatient-rehabilitation-facility-quality-measures-potentially-avoidable-readmissions.pdf?sfvrsn=0>.
31. Wang H, Niewczyk P, Divita M, et al. Impact of pressure ulcers on outcomes in inpatient rehabilitation facilities. *Am J Phys Med Rehabil*. 2014;93(3):207–216. doi: 10.1097/PHM.0b013e3182a92b9c.
32. Sherrington C, Lord SR, Close JC, et al. Development of a tool for prediction of falls in rehabilitation settings (Predict_FIRST): a prospective cohort study. *J Rehabil Med*. 2010;42(5):482–488. doi: 10.2340/16501977-0550.
33. Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, et al. The care span: the importance of transitional care in achieving health reform. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30(4):746–754. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0041.
34. Jesus TS, Hoenig H. Postacute rehabilitation quality of care: toward a shared conceptual framework. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015;96(5):960–969. doi: 10.1016/j.apmr.2014.12.007.

Информация об авторах

Л. Луцки — MD, MHA, South Department of Clalit Health Services, Rehabilitation Unit, Beer Shev; адрес: Dov 16, Mazkeret Batya, Israel, 7680400; e-mail: treiuly@yandex.ru

Ю. Трепер — MD, PhD, MHA, Soroka University Medical Center, Rehabilitation, Beer Sheva; e-mail: treiuly@yandex.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0408-3582>