

# Biała Księga Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji w Europie

*opracowana przez:*

Sekcję Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS),  
Europejską Radę Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji

*(the Section of Physical and Rehabilitation Medicine, Union Européenne des Médecins Spécialistes - UEMS,  
the European Board of Physical and Rehabilitation Medicine)*



*i*

*Europejską Akademię Rehabilitacji Medycznej  
(L'Académie Européenne de Médecine de Réadaptation)*



*we współpracy z:*

Europejskim Towarzystwem Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji  
*(the European Society of Physical and Rehabilitation Medicine)*



Tytuł oryginału:

**White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe**

Oryginał opublikowany w Journal of Rehabilitation Medicine vol.39, str. 1-48, styczeń 2007, suplement nr. 45  
oraz w Europa Medicophysica (obecnie European Journal of PRM) vol.42;4, str. 287-332, grudzień 2007

Tłumaczenie:

*dr n. med. Piotr Tederko*

Recenzenci tłumaczenia:

*Prof. dr hab. n. med. Jerzy Kiwerski*

*Prof. dr hab. n. med. Andrzej Kwolek*

Skład i opracowanie graficzne:

*Ewelina Michalska, Meden-Inmed*



*Polskie Towarzystwo Rehabilitacji*

Klinika Rehabilitacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

ul. Drewnowska 75

91-002 Łódź

tel. +48 42 253 71 77

**www.ptreh.com**

*Podziękowanie od PTReh dla firmy Meden-Inmed za sfinansowanie druku  
i opracowania graficznego polskiej edycji  
Białej Księgi Rehabilitacji.*

Sponsor wydania:



Meden-Inmed Sp. z o.o.

**www.meden.com.pl**

**Autorzy:****Christoph Gutenbrunner**

Przewodniczący Komitetu Praktyki Profesjonalnej Sekcji Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji UEMS

**Anthony B. Ward**

Przewodniczący Sekcji Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji UEMS

**M. Anne Chamberlain**

Przewodnicząca Europejskiej Akademii Rehabilitacji Medycznej

*Współautorzy:*

Prof. André Bardot (Francja)  
Prof. Michel Barat (Francja)  
Dr Laurent Bensoussan (Francja)  
Prof. Mihai Berceanu (Rumunia)  
Dr Pedro Cantista (Portugalia)  
Prof. M. Anne Chamberlain (Wielka Brytania)  
Dr Nicolas Christodolou (Cypr)  
Dr Alarcos Cieza (Niemcy)  
Prof. Alain Delarque (Francja)  
Prof. Jean-Pierre Didier (Francja)  
Prof. Veronika Fialka-Moser (Austria)  
Prof. Franco Franchignoni (Włochy)  
Prof. Alessandro Giustini (Włochy)  
Prof. Christoph Gutenbrunner (Niemcy)  
Prof. Gustaaf Lankhorst (Holandia)  
Prof. Lindsay McLellan (Wielka Brytania)  
Dr Fernando Parada (Portugalia)  
Prof. Joao Páscoa Pinheiro (Portugalia)  
Prof. Michael Quittan (Austria)  
Prof. Bengt Sjölund (Szwecja)  
Prof. Henk Stam (Holandia)  
Prof. Gerold Stucki (Niemcy)  
Prof. Guy Vanderstraeten (Belgia)  
Dr Jiri Votava (Czechy)  
Prof. Jean-Michel Viton (Francja)  
Dr Anthony B. Ward (Wielka Brytania)



# Przedmowa

**N**iniejsza publikacja przedstawia rolę i znaczenie Medycyny Fizycznej i Rehabilitacji (MFIR - ang. Physical and Rehabilitation Medicine - PRM) w Europie. Biała Księga charakteryzuje specjalizację, specyfikę związanych z nią obowiązków, kompetencji, jej stosunek do innych dyscyplin lekarskich i medycznych profesji nielekarskich. Biała Księga potwierdza, że MFIR to specjalność rozpoznawana na poziomie europejskim. Wysoko wykwalifikowani specjaliści zachowując specyfikę wynikającą z uwarunkowań panujących w poszczególnych krajach pracują zgodnie z europejskimi standardami jakości opartymi na dowodach naukowych. Biała Księga szczegółowo opisuje zakres umiejętności i zasady kształcenia specjalistów MFIR. Zawarty w Księdze opis podstawowych zasad specjalistycznej rehabilitacji umożliwia politykom, osobom odpowiedzialnym za planowanie w służbie zdrowia, przedstawicielom innych specjalności lekarskich i pokrewnych profesji medycznych zrozumienie sposobu funkcjonowania MFIR i jej udziału w procesie umożliwiania osobom z niepełnosprawnością pełnego uczestnictwa w życiu społecznym.

Biała Księga jest efektem pracy Sekcji Medycyny Fizycznej i Rehabilitacji Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (Union Européenne des Médecins Spécialistes - UEMS). Jej Autorami są przewodniczący Sekcji, przewodniczący Komitetu Praktyki Profesjonalnej Sekcji oraz przewodniczący Europejskiej Akademii Rehabilitacji Medycznej (Académie Européenne de Médecine de Réadaptation - AEMR). Dokument został przyjęty przez trzy organizacje reprezentujące specjalność MFIR na poziomie europejskim, tj. Sekcję Medycyny Fizycznej i Rehabilitacji UEMS, AEMR i Europejskie Towarzystwo Medycyny Fizycznej i Rehabilitacji (European Society of Physical and Rehabilitation Medicine – ESPRM).

Praca komitetu redakcyjnego była wspierana przez przedstawicieli różnych krajów Europy. Wiodącą myślą współpracy było zachowanie jednolitego stanowiska i spójnego podejścia. Biała Księga jest dokumentem, którego przekaz odpowiada systemom funkcjonującym w całej Europie z zachowaniem niektórych różnic wynikających ze specyfiki narodowej. Komitet Redakcyjny wyraża swą szczególną wdzięczność osobom, których wysiłek przyczynił się do powstania dokumentu o ogólnoeuropejskim znaczeniu. Nazwiska współautorów zostały wymienione powyżej w kolejności alfabetycznej.

Oryginalny tekst Białej Księgi jest dostępny za pośrednictwem strony internetowej Sekcji Medycyny Fizycznej i Rehabilitacji UEMS pod adresem [www.euro-prm.org](http://www.euro-prm.org) lub za pośrednictwem Sekretariatu Generalnego Sekcji UEMS, jak również na stronie internetowej Journal of Rehabilitation Medicine ([www.medicaljournals.se/jrm](http://www.medicaljournals.se/jrm)).

**Christoph Gutenbrunner**  
Przewodniczący Komitetu Praktyki  
Profesjonalnej Sekcji Medycyny Fizycznej i  
Rehabilitacji UEMS

**Anthony B. Ward**  
Przewodniczący Sekcji Medycyny Fizycznej i  
Rehabilitacji UEMS

**M. Anne Chamberlain**  
Przewodnicząca Europejskiej Akademii  
Rehabilitacji Medycznej



# Spis treści

<b>Streszczenie</b> .....	7
<b>1. Wprowadzenie</b> .....	10
<b>2. Definicje</b> .....	10
2.1. Rehabilitacja.....	10
2.2. Medycyna Fizykalna i Rehabilitacja.....	10
<b>3. Znaczenie rehabilitacji dla osób z niepełnosprawnością i dla społeczeństwa</b> .....	11
3.1. Aspekty epidemiologiczne.....	11
3.2. Model Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia i jego miejsce w rehabilitacji.....	11
3.3. Aspekty etyczne i prawa człowieka.....	13
3.4. Rehabilitacja i systemy opieki zdrowotnej.....	15
3.5. Cele i efekty rehabilitacji.....	16
<b>4. Zasady Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji</b> .....	16
4.1. Proces uczenia się podstawową zasadą Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji.....	16
4.2. Cele Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji.....	17
4.3. Zespół rehabilitacyjny.....	17
4.4. Medycyna Fizykalna i Rehabilitacja w różnych fazach rehabilitacji.....	18
4.5. Skutek braku rehabilitacji.....	19
4.6. Prewencja.....	20
<b>5. Specjalizacja w Medycynie Fizykalnej i Rehabilitacji</b> .....	20
5.1. Udział specjalisty medycyny fizykalnej i rehabilitacji w procesie rehabilitacji.....	20
5.2. Specjalizacja w Medycynie Fizykalnej i Rehabilitacji w Europie.....	21
5.3. Medycyna fizykalna i rehabilitacja wobec chorób i zaburzeń zdrowia.....	21
5.4. Rozpoznanie i ocena funkcjonalna.....	21
5.5. Plan rehabilitacyjny.....	23
5.6. Działania w zakresie Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji.....	23
5.7. Praktyka Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji – realizacja zadań klinicznych w różnych miejscach w systemie opieki zdrowotnej.....	23
<b>6. Standardy Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji</b> .....	25
6.1. Standardy kształcenia i edukacji.....	25
6.2. Kompetencje specjalisty i zasady zarządzania procesem rehabilitacji.....	26
6.3. System ustawicznego doskonalenia zawodowego i ustawicznego kształcenia medycznego.....	26
6.4. Sekcja i Rada Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji Europejskiej Unii Specjalistów Medycznych – Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS).....	27
6.5. Europejska Akademia Rehabilitacji Medycznej - Académie Européenne de Medecine de Readaptation (AEMR).....	29

6.6. Europejskie Towarzystwo Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji (European Society of Physical and Rehabilitation Medicine).....	29
<b>7. Działalność badawcza w Medycynie Fizykalnej i Rehabilitacji.....</b>	<b>30</b>
7.1 Znaczenie badań naukowych w ustalaniu potrzeb i wartości obecnych i przyszłych rozwiązań.....	30
7.2 Zaplecze działalności badawczej.....	30
7.3 Szkolenie w zakresie badań.....	30
7.4 Publikacja wyników badań naukowych.....	31
<b>8. Perspektywy rozwoju.....</b>	<b>31</b>
8.1. Filozofia.....	31
8.2. Osiągnięcie celów rehabilitacji.....	31
<b>9. Piśmiennictwo.....</b>	<b>32</b>
<b>Załącznik Ia.:</b> Propozycja nowej definicji opartej na modelu ICF.....	34
<b>Załącznik Ib.:</b> Medycyna Fizykalna i Rehabilitacja - opis specjalizacji.....	34
<b>Załącznik II:</b> Przykłady zaburzeń zdrowia najczęściej spotykanych przez Specjalistów Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji.....	34
<b>Załącznik III:</b> Specjaliści Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji w krajach członkowskich UEMS.....	36
<b>Załącznik IV:</b> Narzędzia diagnostyczne i ocena w Medycynie Fizykalnej i Rehabilitacji.....	37
<b>Załącznik V:</b> Zakres szkolenia i wiedzy teoretycznej wymagany do Egzaminu Europejskiej Rady Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji (wersja 2005).....	37
<b>Załącznik VI:</b> Zasady ustawicznego kształcenia medycznego i doskonalenia specjalistów medycyny fizykalnej i rehabilitacji.....	41
<b>Delegaci i członkowie organizacji biorących udział w opracowaniu Białej Księgi.....</b>	<b>42</b>



# Streszczenie

## 1. Wprowadzenie

1.1. Przeznaczenie Białej Księgi Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji w Europie:

dla osób zarządzających polityką zdrowotną w zakresie dotyczącym rehabilitacji i problemów niepełnosprawności;

dla opinii publicznej, a w szczególności osób z niepełnosprawnością, ich przedstawicieli i organizacji;

dla lekarzy innych specjalności, przedstawicieli innych profesji medycznych.

1.2. Biała Księga opisuje charakter specjalności Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji (MFIR - ang. Physical and Rehabilitation Medicine - PRM), obszar kompetencji, kwalifikacje i zakres zadań klinicznych lekarza specjalisty oraz zasady kształcenia specjalistycznego. W obliczu integracji nowych państw do zjednoczonej Europy istotnym zadaniem Białej Księgi jest promocja harmonizacji rozwoju MFIR, a także zapewnienie stanu, w którym pacjenci, a w szczególności osoby doświadczające niepełnosprawności będą miały zapewniony dostęp do rehabilitacji na wysokim poziomie niezależnie od miejsca zamieszkania.

## 2. Definicje

2.1. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określa rehabilitację jako „użycie wszystkich środków mających na celu zmniejszenie wpływu niepełnosprawności i stanów upośledzających i stworzenie warunków, w których osoby z niepełnosprawnością osiągną optymalny poziom integracji społecznej.”

2.2. Definicja MFIR według Sekcji Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS): „niezależna specjalność medyczna zajmująca się poprawianiem funkcjonowania w aspekcie somatycznym i poznawczym, aktywności (w tym zachowania), uczestnictwa (w tym jakości życia) i modyfikowaniem czynników osobowych i środowiskowych warunkujących funkcjonowanie. Podejmowane działania dotyczą osób we wszystkich grupach wiekowych, w stanach i chorobach wywołujących niepełnosprawność i obejmują prewencję, diagnostykę i leczenie”.

## 3. Znaczenie rehabilitacji dla osób z niepełnosprawnością i dla społeczeństwa

3.1. Przyjmuje się, że w większości krajów europejskich niepełnosprawność występuje u około 10 procent populacji. Starzenie się społeczeństwa powoduje wzrost częstości występowania niepełnosprawności. Niepełnosprawność zwiększa obciążenie obywateli i społeczeństwa kosztami opieki przy rosnących wydatkach na opiekę zdrowotną i społeczną. Wydłużenie okresu przeżycia osób z poważnymi chorobami i urazami również powoduje wzrost liczby osób ze złożonymi problemami funkcjonalnymi. Ponadto u mieszkańców Europy podnosi się poziom oczekiwań co do utrzymania dobrego stanu zdrowia.

Rehabilitacja jest skutecznym działaniem ograniczającym obciążenia

wynikające z niepełnosprawności i zwiększającym szanse uczestnictwa społecznego osób z niepełnosprawnością. Wydatki związane z rehabilitacją są zazwyczaj niższe niż koszty opieki zdrowotnej ponoszone przy braku zastosowania rehabilitacji. Zapobieganie niekorzystnym następstwom unieruchomienia, uszkodzenia mózgu i bólu przynosi liczne korzyści zarówno jakościowe, indywidualne, jak i ilościowe w postaci efektów finansowych (istnieją w tym względzie silne dowody naukowe).

3.2. Bio-psycho-społeczny model niepełnosprawności. MFIR opiera się na bio-psycho-społecznej koncepcji rehabilitacji. Model ten opracowany we współpracy ze stowarzyszeniami osób z niepełnosprawnością przyjmuje wprowadzoną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) Klasyfikację Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), zatwierdzoną przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia (World Health Assembly) w maju 2001 roku. Klasyfikacja opisuje funkcjonowanie człowieka w sposób niezależny od etiologii niepełnosprawności na poziomach od indywidualnego do ogólnospołecznego korzystając z terminologii przyjętej na całym świecie. Model ten jest przydatny przy zarządzaniu indywidualnie dostosowywanymi programami i interwencjami z dziedziny rehabilitacji. Model umożliwia zarówno opisanie przyczyn niepełnosprawności jako zjawisk patologicznych na poziomie funkcjonowania narządów, jak i możliwość przywracania/optimalizacji funkcjonowania, oraz zapobieżenia postępowi ograniczeń aktywności. Ponadto Klasyfikacja uwzględnia zdolność uczestniczenia w społeczeństwie, która zależy nie tylko od funkcjonowania na poziomie indywidualnym, ale również od kontekstowych czynników wpływających na życie jednostki i środowiska.

3.3. Aspekty etyczne i prawa człowieka. Dostęp do rehabilitacji jest podstawowym prawem człowieka zapewnionym przez standardy opublikowane w Karcie Narodów Zjednoczonych (1993), ustalenia Europejskiego Roku Osób z Niepełnosprawnością, (2003) oraz 58 Uchwałę Światowego Zgromadzenia Zdrowia (2005). Ponadto w wielu państwach Europy ustanowiono prawa przeciw dyskryminacji, których celem jest wsparcie osób z niepełnosprawnością, ich rodzin oraz osób wspomagających. Do podstawowych kompetencji specjalisty MFIR należy wyrażanie opinii w dyskusjach dotyczących dylematów etycznych i prawnych powstających podczas sprawowania opieki nad pacjentami.

Równość dostępu do rehabilitacji i uczestnictwo w życiu społecznym wolne od jakiegokolwiek formy dyskryminacji są niezbędnymi warunkami skutecznego praktykowania rehabilitacji. Specjaliści MFIR są świadomi presji wynikających z różnic rasowych, kulturowych, religijnych i związanych z orientacją seksualną. W ramach rehabilitacji podejmuje się wszechstronne działania zmierzające do zapewnienia niezależnego funkcjonowania i autonomii człowieka.

MFIR jest istotna dla wszystkich grup społecznych w całej Europie. Wspiera gwarancje niezbywalności prawa do rehabilitacji osobom poszkodowanym w wyniku urazów i schorzeń sformułowane w ramach Międzynarodowego Roku Osób Niepełnosprawnych (1981) oraz Europejskiego Roku Osób z Niepełnosprawnością (2003).

3.4. Osoby z niepełnosprawnością powinny aktywnie uczestniczyć w tworzeniu i rozwoju systemu rehabilitacji. Dobra praktyka

w rehabilitacji zakłada, że osoba z niepełnosprawnością znajduje się w centrum działań interdyscyplinarnego zespołu leczącego i ma możliwość uczestniczenia w świadomym wyborze optymalnego sposobu leczenia. Zazwyczaj rodzina osoby z niepełnosprawnością jest także zaangażowana w proces rehabilitacji.

3.5. Cele i efekty rehabilitacji. Ogólnym celem rehabilitacji jest stworzenie warunków umożliwiających osobom z niepełnosprawnością prowadzenie życia zgodnego z ich życzeniem, z uwzględnieniem ograniczeń aktywności wynikających z choroby, konsekwencji urazu, a także z czynników osobowych. W praktyce cel ten najłatwiej osiągnąć jest poprzez połączenie działań zmierzających do pokonania lub kompensacji ograniczeń funkcjonalnych z eliminacją barier w środowisku wybranym przez osobę z niepełnosprawnością. Takie działania pozwala na optymalizację zarówno aktywności jak i uczestnictwa. Dwie podstawowe kategorie wyników rehabilitacji, które można wykazać, to indywidualne wskaźniki dobrostanu oraz uczestnictwo społeczne i zawodowe.

#### 4 Zasady Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji

4.1. Uczenie się jest nowoczesnym i najważniejszym elementem procesu rehabilitacji. Jednym z podstawowych zadań specjalisty MFiR jest udział w procesie uczenia, zwłaszcza w kontekście wykorzystania w programach rehabilitacyjnych plastyczności ośrodkowego układu nerwowego i edukacji motorycznej. Dla zrozumienia teoretycznych podstaw procesu nauczania i uczenia się specjalistom MFiR niezbędna jest znajomość zasad adaptacji i plastyczności układu nerwowego.

4.2. Celem MFiR jest w ramach istniejących możliwości zredukowanie ograniczeń wynikających z choroby poprzez zapobieganie powikłaniom, poprawę funkcji i aktywności oraz umożliwienie uczestnictwa. Wszystkie te działania muszą brać pod uwagę uwarunkowania osobowe, kontekst kulturowy i środowiskowy. Praktyka MFiR realizowana jest we wszystkich fazach choroby od pobytu pacjenta na oddziale przeznaczonym do leczenia ostrej fazy choroby, aż po środowisko jego życia. Specjaliści MFiR wykorzystują swoiste narzędzia diagnostyczne i prowadzą wiele typów leczenia, w tym farmakoterapię, fizjoterapię, interwencje techniczne, edukacyjne i zajęciowe. Rehabilitacja jest ciągłym i skoordynowanym procesem, który rozpoczyna się w we wczesnej fazie choroby lub we wczesnym okresie pourazowym i trwa aż do osiągnięcia roli społecznej zgodnej dążeniem i pragnieniem pacjenta.

4.3. Praktyka rehabilitacji w sposób celowy i zogniskowany na potrzebach pacjenta wymaga ścisłej współpracy przedstawicieli różnych profesji medycznych w zespołach interdyscyplinarnych. Kierownikami tych zespołów są lekarze specjaliści MFiR. Ścisłe współpracują oni również z przedstawicielami innych dyscyplin lekarskich. Specjaliści MFiR kierują opieką wielospecjalistyczną w okolicznościach, w których rehabilitacja jest głównym celem postępowania klinicznego.

4.4. MFiR w różnych fazach rehabilitacji. Rehabilitacja może być realizowana na różnych etapach leczenia, od specjalistycznych

ośrodków rehabilitacyjnych i oddziałów w szpitalach przeznaczonych do leczenia ostrej fazy choroby, aż do przychodni i środowiska zamieszkania pacjenta. Istotność rehabilitacji w ostrej fazie polega na jak najskuteczniejszym wykorzystaniu neuroplastyczności i redukcji ryzyka powikłań. Działania te wymagają obecności nie tylko zespołu rehabilitacyjnego ukierunkowanego na konsultacje w każdym z oddziałów szpitalnych (z oddziałem intensywnej terapii włącznie), ale i wydzielenia łóżek rehabilitacyjnych pozostających pod nadzorem specjalistów MFiR. Pacjenci mogą również wymagać leczenia w specjalistycznych ośrodkach rehabilitacji kierowanych przez specjalistów MFiR. Pacjenci z niepełnosprawnością o wieloletnim czasie trwania i postępującym charakterze będą potrzebować w środowisku zamieszkania takiego wsparcia, które zapewni utrzymanie sprawności, stanu zdrowia i możliwości funkcjonalnych oraz wesprze ich samodzielność.

#### 5. Specjalizacja w Medycynie Fizykalnej i Rehabilitacji

Rola specjalisty MFiR, typy stanów klinicznych, wykorzystywane narzędzia diagnostyczne, instrumenty oceny klinicznej, oceny i interwencje zostaną omówione szczegółowo w rozdziale 5 i załączniku IV.

#### 6. Standardy Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji

6.1. MFiR jest niezależną specjalnością medyczną uznaną we wszystkich krajach europejskich z wyjątkiem Danii i Malt. Czas trwania szkolenia specjalistycznego zwykle nie jest krótszy niż 4 lata. Istnieją różnice w treści i sposobie realizacji szkolenia między poszczególnymi krajami Europy. Europejska Rada Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji (European Board of Physical and Rehabilitation Medicine - EB-PRM) opracowała kompleksowy system kształcenia podyplomowego obejmujący program nauczania, rejestr osiągnięć stażysty i egzamin. Ponadto stworzono system akredytacji specjalistów i ośrodków prowadzących szkolenie. Ustawiczne kształcenie podyplomowe odbywa się w 10-letnich okresach rozliczeniowych. Szczegóły dotyczące zasad kształcenia dostępne są na stronie internetowej Rady pod adresem [www.euro-prm.org](http://www.euro-prm.org). Zakłada się, że w celu zapewnienia wysokiego poziomu opieki wszystkim osobom z niepełnosprawnością rehabilitacja powinna być w programie nauczania na wszystkich uczelniach medycznych. W myśl tej zasady specjaliści MFiR zaangażowani są również w edukację studentów wydziałów lekarskich.

6.2. Podejście specjalistów MFiR do problemów osób z ostrymi i przewlekłymi chorobami charakteryzuje się kompleksowością. Praca lekarza specjalisty MFiR polega najczęściej na realizowaniu i koordynowaniu procesu rehabilitacji osób z takimi stanami jak dysfunkcje układu mięśniowo-szkieletowego, zaburzenia neurologiczne, urazy, amputacje kończyn, zaburzenia funkcji narządów miednicy, niewydolność krążeniowo-oddechowa, ból przewlekły, nowotwory.

6.3. Kompetencje specjalistów MFiR obejmują m.in.:

ocenę lekarską w celu ustalenia rozpoznania choroby podstawowej;  
ocenę zdolności wykonawczej i możliwości jej zmiany;

ocenę aktywności, uczestnictwa pacjenta i czynników kontekstowych;  
opracowanie planu rehabilitacji;  
wiedzę, doświadczenie i stosowanie leczenia, w tym metod z dziedziny medycyny fizykalnej;  
ocenę i pomiar wyników leczenia;  
zapobieganie i leczenie powikłań;  
prognozowanie przebiegu choroby / stanu klinicznego i wyników rehabilitacji;  
znajomość technologii rehabilitacyjnej;  
kierowanie zespołem rehabilitacyjnym;  
aktywność edukacyjną;  
znajomość systemu społecznego i stanu prawnego dotyczącego niepełnosprawności.

Zadaniem specjalisty MFiR jest propagowanie zasad rehabilitacji w ramach szkolenia studentów kierunku lekarskiego i fizjoterapii. Podstawowa wiedza z zakresu rehabilitacji powinna być wpajana wszystkim studentom medycyny, w celu zapewnienia lepszego poziomu opieki nad wszystkimi osobami z niepełnosprawnością.

Specjaliści MFiR powinni również służyć doświadczeniem i wiedzą w planowaniu usług medycznych i kształtowaniu polityki zdrowotnej w aspektach dotyczących niepełnosprawności. Wszystkie powyższe zagadnienia odzwierciedlają potrzeby populacji w zakresie zarządzania świadczonymi usługami medycznymi. System powinien uwzględniać regularną kontrolę jakości i regularną informację zwrotną od odbiorców usług.

## **7. Działalność badawcza w Medycynie Fizykalnej i Rehabilitacji**

MFiR jest w pełni oparta jest na zasadach medycyny opartej na dowodach naukowych i promuje programy badawcze, których celem jest zrozumienie i uzasadnienie podstawowych procesów rehabilitacji i identyfikacja czynników warunkujących poprawę funkcjonalną, zdolność nabywania nowych umiejętności i uczenia się. Dalszy postęp w formułowaniu tych dowodów wymaga poprawy finansowania badań naukowych.

## **8. Perspektywy rozwoju**

8.1. Dalszy rozwój specjalności obejmuje rozwój „kultury rehabilitacji” zgodnej z wymogami podstawowych praw osób z niepełnosprawnością. Cel ten może być osiągnięty jedynie przy zapewnieniu w Europie dostępu do kompleksowej rehabilitacji wszystkim osobom które mają takie potrzeby, w czym kluczową rolę odgrywają specjaliści MFiR. Specjalizacja MFiR ma wystarczające podstawy dla zapewnienia wysokiego poziomu standardów klinicznych poprzez realizację praktyki potwierdzonej dowodami i wykorzystanie współczesnych osiągnięć naukowych. Korzyści wynikające z realizacji zasad MFiR poparte są dowodami naukowymi i szybko przyrastającą wiedzą medyczną. Celem niniejszej publikacji jest upowszechnianie świadomości korzyści wynikających z rehabilitacji i podkreślenie znaczenia MFiR w życiu osób z niepełnosprawnością.

8.2. Prawo do rehabilitacji należy do fundamentalnych praw człowieka. Jednym z najważniejszych celów specjalności jest współpraca w celu osiągnięcia powszechnej dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji we wszystkich krajach Europy na najwyższym poziomie. Autorzy mają nadzieję, niniejsze opracowanie zachęci Czytelnika do działania zmierzającego do osiągnięcia tego celu.

# BIAŁA KSIĘGA MEDYCYNY FIZYKALNEJ I REHABILITACJI W EUROPIE

## 1. Wprowadzenie

1.1. Niniejsza publikacja określa charakter, obszar zainteresowań i kryteria przyjmowane w praktyce Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji (MFIR - ang. Physical and Rehabilitation Medicine - PRM) w Europie. Podaje definicje specjalności i kompetencje w pełni wyszkolonych specjalistów. Opisuje kontekst kliniczny pracy, charakter kształcenia i szkoleń specjalistycznych. Obecne wydanie opiera się na oryginalnej Białej Księdze opublikowanej w 1989 roku (1). Dokument miał istotne znaczenie dla rozwoju specjalizacji w Europie i został przetłumaczony na wiele języków. Dwie dekady później rozszerzenie Unii Europejskiej, a także wzrost znaczenia specjalności i postęp wiedzy i techniki medycznej stwarzają dogodne okoliczności dla aktualizacji informacji na temat specjalizacji w Europie.

1.2. Adresatami Białej Księgi są trzy grupy odbiorców:

osoby zarządzające polityką zdrowotną, w zakresie rehabilitacji oraz w kwestiach niepełnosprawności;

opinia publiczna, a w szczególności osoby z niepełnosprawnością oraz przedstawiciele organizacji osób z niepełnosprawnością,

przedstawiciele nielekarskich profesji medycznych i reprezentanci innych dziedzin medycyny.

1.3. Środowisko lekarskie Europy zostało zasilone na skutek rozszerzenia Unii Europejskiej. Fakt ten stworzył nowe możliwości i wyzwania. Niniejsza publikacja ma na celu wsparcie procesu harmonizacji działalności specjalistów MFIR celem zapewnienia osobom z niepełnosprawnością wysokiego poziomu świadczeń niezależnie od miejsca zamieszkania w naszej rozszerzonej Wspólnocie.

1.4. Opieka zdrowotna podlega głębokim zmianom zarówno na szczeblu europejskim i w poszczególnych krajach. Rośnie poziom oczekiwań ogółu społeczeństwa w stosunku do jakości opieki zdrowotnej, co odzwierciedla filozoficzną debatę na temat praw człowieka, a zwłaszcza odpowiedzialności za pełne uczestnictwo społeczne osób z niepełnosprawnością. Praktyka lekarska podlega stałemu rozwojowi, podwyższone są kliniczne standardy opieki zdrowotnej. Podnoszona jest potrzeba doskonalenia poprzez ustawiczne doskonalenie zawodowe, wraz z oceną jego efektywności, oraz poprawiania poziomu kształcenia specjalistycznego. Oczekiwanie wzrostu zakresu kompetencji specjalisty pociąga za sobą potrzebę opisaną na nowo MFiR wraz z jej znaczeniem, korzyściami ze stosowania, optymalnym sposobem realizacji świadczeń i wykorzystaniem wiedzy, a także poziomu wyszkolenia oczekiwanego od kandydatów na specjalistów. Celem publikacji jest przedstawienie tych zagadnień.

## 2. Definicje

### 2.1. Rehabilitacja

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje rehabilitację jako „użycie wszystkich środków mających na celu zmniejszenie wpływu niepełnosprawności i stanów upośledzających i stworzenie warunków, w których osoby z niepełnosprawnością osiągną optymalny poziom integracji społecznej”(2).

Definicja ta obejmuje rehabilitację kliniczną i, co ważne, wspiera koncepcję uczestnictwa społecznego jako wymogu dostosowania otoczenia społecznego do potrzeb osób z niepełnosprawnością, poprzez np. usuwanie społecznych i zawodowych barier uczestnictwa.

W kontekście ochrony zdrowia specyfika rehabilitacji została ujęta w określeniu jej jako „procesu aktywnej zmiany umożliwiającej osobie, która stała się niepełnosprawna, nabycie wiedzy i umiejętności potrzebnych do optymalnego funkcjonowania somatycznego, psychicznego i społecznego” (3). Definicja ta uwypukla znaczenie procesu podejmowanego przez osoby z niepełnosprawnością w celu rozwijania własnych zdolności wykonawczych, jednego z najskuteczniejszych typów oddziaływania promowanych w rehabilitacji medycznej.

### 2.2. Medycyna Fizykalna i Rehabilitacja

Medycyna Fizykalna i Rehabilitacja jest w Europie odrębną specjalizacją, zdefiniowaną przez Sekcję Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS) w sposób następujący:

MFiR jest autonomiczną specjalizacją lekarską, której zakres działań obejmuje promocję funkcjonowania fizycznego i poznawczego, aktywności (w tym zachowania), uczestnictwa (w tym jakości życia) i modyfikację czynników osobowych i środowiskowych. Zadanie specjalizacji polega więc na prewencji, diagnostyce, leczeniu i rehabilitacji osób we wszystkich grupach wiekowych z zaburzeniami zdrowia i chorobami współistniejącymi skutkującymi niepełnosprawnością.

Specjalistów MFiR charakteryzuje kompleksowe podejście do osób z ostrymi i przewlekłymi zaburzeniami zdrowia, takimi jak choroby układu mięśniowo-szkieletowego, nerwowego, amputacje, dysfunkcje narządów miednicy, niewydolność krążeniowo-oddechowa, przewlekły ból czy nowotwory.

Specjaliści MFiR pracują w większości struktur opieki zdrowotnej od oddziałów przeznaczonych do leczenia ostrej fazy chorób aż do środowiska zamieszkania pacjenta. Korzystają ze swoistych narzędzi oceny i prowadzą leczenie w oparciu o interwencje farmakologiczne, fizykalne, techniczne, edukacyjne i zawodowe. Ze względu na kompleksowe wyszkolenie, osiągają najlepsze efekty pracy i optymalne wyniki kliniczne jeśli są zatrudnieni w zespołach interdyscyplinarnych (4).

Kompleksowy modułowy opis Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji w oparciu o ICF znajduje w fazie dyskusji na poziomie międzynarodowym i opisany jest w Załączniku Ia.

W Załączniku Ib zamieszczono wyjaśnienie dwóch członów nazwy specjalności Medycyna Fizykalna i Rehabilitacja.

### 3. Znaczenie rehabilitacji dla osób z niepełnosprawnością i dla społeczeństwa

#### 3.1. Aspekty epidemiologiczne

##### 3.1.1. ZMIANY STRUKTURY DEMOGRAFICZNEJ W EUROPIE

Według badań brytyjskich około 10% populacji Europy Zachodniej dotknięte jest niepełnosprawnością (5, 6). W liczącej 700 milionów populacji Europy, z czego 450 milionów żyje w krajach Unii Europejskiej wzrasta spodziewana długość życia. Dla przykładu spodziewana długość życia w Niemczech pomiędzy latami 1990 a 2000 wzrosła o prawie 3 lata, ale do roku 2030 co czwarty mieszkaniec będzie w wieku 65 lub więcej lat (7, 8).

Starzenie się populacji powoduje wzrost występowania niepełnosprawności, co pociąga za sobą zwiększenie wydatków na opiekę zdrowotną i społeczną oraz rosnący wpływ chorób współistniejących. Istotne znaczenie mają dwa czynniki:

- Wyższa przeżywalność osób z ciężkimi chorobami i po urazach skutkuje wzrostem liczby osób ze złożonymi deficytami funkcjonalnymi. Wiele z tych osób to ludzie młodzi w momencie wystąpienia choroby lub urazu. Spodziewany czas przeżycia tych osób wynosi wiele dziesięcioleci. Dotyczy to takich stanów jak udar lub urazowe uszkodzenie mózgowia, urazy wielonarządowe, nowotwory wieku dziecięcego, w których postęp organizacji terapii w ostrym okresie choroby przyczynił się do poprawy przeżywalności i wyników leczenia (9-18);

- We współczesnym społeczeństwie istnieją wysokie oczekiwania dotyczące stanu zdrowia, co nakłada dodatkowe wymagania w stosunku do całej opieki zdrowotnej włącznie ze specjalistami MFiR.

Leczenie konsekwencji choroby lub urazu, takich jak spastyczność w przebiegu uszkodzenia mózgu lub rdzenia kręgowego, oznacza nie tylko poprawę jakości życia pacjentów, ale również korzyść ekonomiczną w sektorze zdrowia, poprzez zmniejszenie wydatków związanych z leczeniem powikłań. Działania te wywierają bezpośredni wpływ na realizację świadczeń zdrowotnych, aktywność zawodową i system rentowy (15-17). W szczególności problemy, jak unieruchomienie, ból, zaburzenia żywienia, nietrzymanie moczu, zaburzenia porozumiewania się, nastroju i zachowania nabierają istotności jako wtórne konsekwencje uogólnionej choroby predysponujące do niepełnosprawności.

Rehabilitacja skutecznie redukuje obciążenie związane z niepełnosprawnością oraz poprawia szanse uczestnictwa społecznego osób z niepełnosprawnością. Udowodniono, że przeprowadzenie rehabilitacji wiąże się z mniejszymi kosztami w porównaniu do wydatków ponoszonych w przypadku jej braku (14). Oczywiście zapobieganie niekorzystnym następstwom unieruchomienia (np. odleżynom i przykurczom), uszkodzenia mózgu (np. zaburzeniom zachowania) oraz bólu (np. zaburzeniom nastroju) prowadzi do licznych korzyści, co również zostało udowodnione (19).

##### 3.1.2. EPIDEMIOLOGIA FUNKCJONOWANIA I NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Metodyka tradycyjnych badań epidemiologicznych oparta jest na rozpoznaniach etiologicznych. Obecne badania zaczęły skupiać się na całokształcie zjawisk związanych z chorobą przewlekłą, jednak nie stanowią wystarczającej podstawy do oceny funkcjonowania,

uczestnictwa i jakości życia w populacji osób z niepełnosprawnością.

Współczesne podejście do tych zagadnień opiera się na wykorzystaniu zsumowanych parametrów zdrowia populacji, poprzez połączenie informacji na temat śmiertelności i nieletalnych następstw chorób, co daje możliwość przedstawienia zdrowia populacji jako pojedynczej liczby na skali. Do takich narzędzi należą ocena Spodziewanego Czasu Życia w Zdrowiu (Healthy Life Expectancy -HALE) i Okres Życia Skorygowany względem Niepełnosprawności (Disability-Adjusted Life-Years – DALYs).

Oprócz zachorowalności i chorobowości dotyczących najczęstszych stanów klinicznych wywołujących niepełnosprawność (takich jak udar, uszkodzenie rdzenia kręgowego, urazowe uszkodzenie mózgu, amputacje, choroby reumatyczne, inne zaburzenia układu nerwowego i mięśniowo-szkieletowego, ból przewlekły, itp.) badania epidemiologiczne powinny ujmować:

ubytek funkcjonalny w kategoriach ICF;

naturalny przebieg zaburzeń funkcjonowania, aktywności i uczestnictwa;

potrzebę korzystania z zasobów rehabilitacji (zasoby ludzkie, środki trwałe, wyposażenie, materiały);

możliwość wykorzystania dostępnych zasobów MFiR.

Uzyskana wiedza jest pomocna w planowaniu i ustalaniu priorytetów rozwoju na poziomie lokalnym, krajowym i europejskim, w finansowaniu badań naukowych i rozwoju kształcenia poprzez dostarczenie informacji na temat skuteczności i opłacalności interwencji typowych dla MFiR.

Istnieje wiele doniesień poświęconych zachorowalności i chorobowości w zaburzeniach zdrowia skutkujących niepełnosprawnością, z którymi często stykają się specjaliści MFiR.

Przykłady ujęto w Załączniku II. MFiR w szczególność uwagę poświęca ich konsekwencjom. Według danych uzyskanych w Portugalii 0,7% populacji stanowią osoby przewlekłe przebywające w łóżku, 0,4% ma pozycję życiową siedzącą (wymaga zaopatrzenia w wózek inwalidzki), 1,9% nie mieszka we własnych domach; 9,0% nie chodzi lub ma znacznie ograniczoną funkcję chodu; 8,5% ma trudności w przesiadaniu się z łóżka i do łóżka; 6,2% nie potrafi korzystać z toalety bez pomocy; 8,6% potrzebuje pomocy w ubieraniu lub rozbieraniu się; 3,6% mężczyzn i 5,3% kobiet ma nietrzymanie moczu, około 2,3% ma zaburzenia mowy. Odsetek osób z niepełnosprawnością w populacji wynosi 10% (2).

Wyniki badań epidemiologicznych potwierdzają potrzebę rehabilitacji w Europie. Z tego względu specjalność MFiR ma istotny udział w redukcji obciążeń wynikających z chorób i we wspieraniu pozycji osób z niepełnosprawnością.

#### 3.2. Model Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia i jego miejsce w rehabilitacji

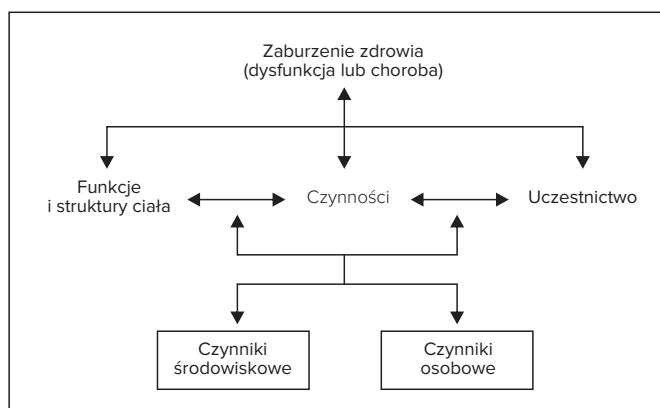
WHO w 2001 roku ogłosiła Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (20). Dokument ten ma fundamentalne znaczenie dla lepszego zrozumienia konsekwencji chorób, jak i praktyki Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji.

Ocena wpływu choroby na jednostkę ludzką dokonywana z ogólnomedycznej perspektywy może różnić się od oceny z punktu widzenia rehabilitacji. Paradygmat medyczny lub patologiczny każe

<sup>1</sup> 500 milionów (dane z 1 stycznia 2012) - źródło: Eurostat, European Commission, źródło: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/cytowane> 31.01.2013 (przyp. tłum)



widzieć funkcjonowanie pacjenta, niepełnosprawność i zdrowie przede wszystkim jako konsekwencje wpływu choroby lub zaburzenia zdrowia. Interwencje medyczne ukierunkowane są na proces chorobowy i ich końcowym celem jest uniknięcie tych konsekwencji dla pacjenta. Dla celów oceny rezultatów interwencji medycznych odnoszących się do pacjenta powinno się mierzyć zarówno funkcjonowanie, jak i stan zdrowia (21).



Ryc. 1. Bieżący schemat funkcjonowania i niepełnosprawności - Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia WHO (ICF) (20)

Z perspektywy MFIR funkcjonowanie i zdrowie pacjenta są związane, ale nie do końca determinowane przez wpływ zaburzenia zdrowia lub choroby. Ponadto funkcjonowanie zależy nie tylko od wyniku leczenia, ale także jest punktem wyjścia oceny klinicznej i podejmowanych interwencji. Funkcjonowanie jest ponadto istotne dla zarządzania jakością usług. Co więcej, należy dostrzegać ścisły związek funkcjonowania z czynnikami charakteryzującymi daną osobę i środowisko jej bytowania (22). Tak więc proces rehabilitacji oddziałuje na funkcjonowanie, środowisko oraz modyfikowalne czynniki osobowe (11). Z tego względu rehabilitacja zaczyna się od dogłębnego zrozumienia uwarunkowań funkcjonowania i ich interakcji z czynnikami osobowymi i środowiskowymi niezależnie od stanu klinicznego. Składowe bio-psycho-społeczny model funkcjonowania i niepełnosprawności (23, 24) i koncepcja ich wzajemnych związków przedstawione są na ryc. 1.

Bio-psycho-społeczny model funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jest użyteczną formułą ilustrującą te powiązania (20). W jego rozumieniu funkcjonowanie wraz z jego składowymi (funkcje i struktury ciała, aktywności i uczestnictwo) jest zależne zarówno od stanu klinicznego, jak i czynników osobowych i środowiskowych (ryc. 1) (25, 26). W opisie interakcji między osobą z zaburzeniem zdrowia a czynnikami kontekstowymi cechującymi tę osobę i zamieszkiwane przez nią środowisko „funkcjonowanie” jest określeniem o bardziej pozytywnym brzmieniu niż „niepełnosprawność”. Pojęcie niepełnosprawności jest często wykorzystywane jako termin zbiorczy dla uszkodzenia (impairment), ograniczenia aktywności i uczestnictwa. Znajomość tych terminów ułatwia zrozumienie literatury z dziedziny rehabilitacji.

Z prezentowanej tu perspektywy bio-psycho-społecznej odniesienie do funkcjonowania występuje podczas analizy niepełnosprawności i vice versa. (Przykład zastosowania modelu w odniesieniu do osoby z dysfunkcją układu mięśniowo-szkieletowego jest przedstawiony na ryc. 2).

Zaburzenie zdrowia jest zbiorczym pojęciem odnoszącym się do choroby, dysfunkcji, uszkodzenia lub urazu i może obejmować zjawiska takie jak starzenie się, stres, wada wrodzona lub predyspozycje genetyczne. Może również zawierać informacje na temat patogenety i/lub etiologii. Stan zdrowia może wchodzić w interakcje ze wszystkimi składowymi funkcjonowania – funkcjami i strukturami ciała, aktywnościami i uczestnictwem.

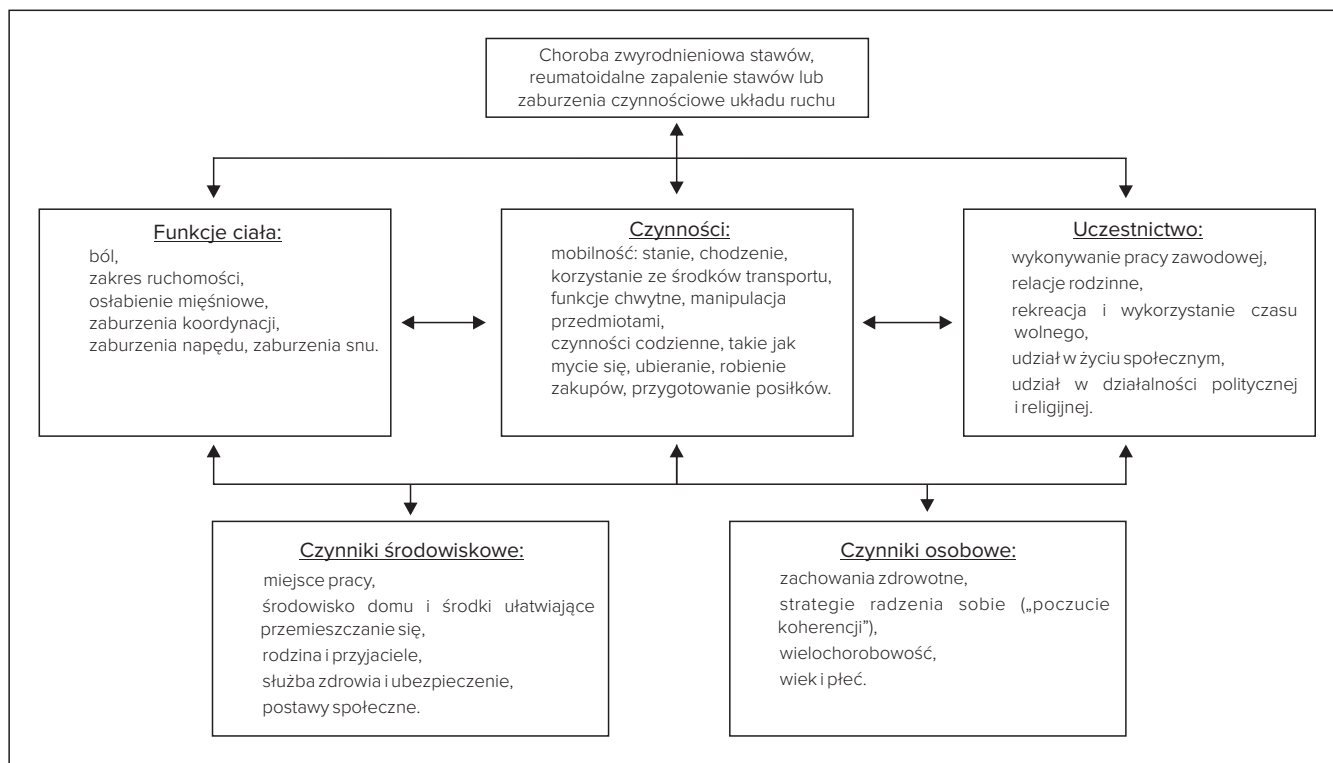
Mianem funkcji ciała określa się funkcje fizjologiczne układów ciała, w tym funkcje umysłowe, poznawcze i psychiczne. Struktury ciała to anatomiczne części ciała, np. narządy, kończyny, ich składowe. Nieprawidłowości funkcji, jak również zaburzenia struktur odnoszą się do uszkodzeń określanych jako znaczącego stopnia odchylenia od normy lub ubytki (np. deformacja) struktur (np. stawów) lub / i funkcji (np. redukcja zakresu ruchu, osłabienie mięśni, ból czy zmęczenie).

Pod pojęciem aktywności należy rozumieć wykonanie zadania lub działania podejmowane przez osobę. Aktywność wyznacza indywidualną perspektywę funkcjonowania.

Uczestnictwo oznacza zaangażowanie osoby w sytuację życiową i reprezentuje społeczną perspektywę funkcjonowania. Zaburzenia na poziomie aktywności określane są jako ograniczenie aktywności (np. w zakresie mobilności – funkcji chodzenia, pokonywania schodów, chwytania lub przenoszenia obiektów). Problemy doświadczane przy zaangażowaniu jednostki w sytuację życiową określa się jako ograniczenia uczestnictwa (np. ograniczenie udziału w życiu społecznym, w rekreacji i wypoczynku, ale również np. ograniczenie chodzenia, jeśli chodzenie ma aspekt uczestnictwa w kategoriach sytuacji życiowej).

Czynniki środowiskowe oznaczają pełnię uwarunkowań życia jednostki i jej sytuacji życiowej. Wśród czynników kontekstowych, czynniki środowiskowe obejmują fizyczne, społeczne (np. postawy społeczne) oddziaływanie środowiska, w którym żyje dana osoba. Czynniki te mają charakter zewnętrzny i mogą wywierać pozytywny lub negatywny wpływ, oddziaływać jako ułatwienie lub utrudnienie funkcjonowania osoby.

Czynniki osobowe to szczególne uwarunkowania życia i sytuacji życiowej jednostki i zawierają takie cechy nie wchodzące w skład zaburzenia zdrowia jak: wiek, rasa, stopień wytreningowania, styl życia, nawyki i pochodzenie społeczne. Okoliczności oddziałujące niekorzystnie, a więc czynniki ryzyka można umieścić zarówno w grupie czynników osobowych (np. styl życia, uwarunkowania genetyczne), jak i środowiskowych (np. bariery architektoniczne, warunki życia i pracy). Czynniki ryzyka nie dotyczą jedynie przyczyn niepełnosprawności, ale odgrywają rolę na każdym z etapów jej rozwoju.



Ryc. 2. Przykład stosowania modelu ICF w zaburzeniach układu mięśniowo-szkieletowego

MFIR zaangażowana jest w interdyscyplinarne wspomaganie funkcjonowania osoby (27, 28). Realizacja tego zadania zależy od pełnej oceny i właściwego zrozumienia uwarunkowań funkcjonowania jednostki w jej środowisku.

Na szczelbu międzynarodowym dokonano uzgodnień zestawów kategorii podstawowych ICF dla różnych zaburzeń zdrowia (29-31). Ze względów praktycznych liczba użytych domen ICF została w nich zminimalizowana do list, które w wystarczająco obszerny sposób określają typowe spektrum problemów w funkcjonowaniu osób z danym zaburzeniem. Zestawy kategorii podstawowych ICF są wykorzystywane w sporządzaniu kompleksowych, interdyscyplinarnych ocen funkcjonowania lub w badaniach klinicznych. Tak więc formularz ICF może być stosowany w połączeniu z zestawem kategorii podstawowych ICF w celu doskonalenia wewnętrznego przekazywania informacji, dokumentacji oraz w celu organizowania interdyscyplinarnej opieki (32, 33).

### 3.3. Aspekty etyczne i prawa człowieka

#### 3.3.1. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ I PRAWA CZŁOWIEKA

Według historycznych poglądów osoby z niepełnosprawnością wymagały jedynie opieki. Jednak zmiany w filozofii dokonujące się

w Europie w ciągu ostatniego ćwierćwiecza skutkowały traktowaniem osób z niepełnosprawnością jako w pełni autonomicznych i uprawnionych obywateli. Podejście takie wpisuje się w standardy Organizacji Narodów Zjednoczonych w zakresie praw człowieka i przyczynia się do rozwiązań prawnych przeciwdziałających dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność.

Deklaracja Praw Człowieka ONZ (34) stwierdza, że osoba z niepełnosprawnością nie powinna być przez całe życie traktowana jako przedmiot opieki („pacjent”). Osoba taka jest obywatelem o specjalnych potrzebach wynikających z konkretnej niepełnosprawności. Potrzeby te powinny być spełniane na gruncie społecznym w kontekście „normalności”. Zasadnicze znaczenie ma uczestnictwo, zaś głównym jego warunkiem jest dostęp do społeczeństwa. Ma on aspekt fizyczny np. w postaci ułatwień w miejscach publicznych i prywatnych, budynkach, komunikacji publicznej, przekazie informacji itp. W niektórych krajach Europy określono zasady konstruowania budynków publicznych uwzględniające ułatwienia dostępu. Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w grudniu 1993 roku zatwierdziło rozwój standardów ONZ, które są obecnie rozwijane w myśl zapewnienia osobom z niepełnosprawnością pełnego uczestnictwa i równości. Regulacje te są istotne dla ustalania podstawowych zasad postępowania.

Rada Europy opublikowała również serię raportów i dokumentów

dotyczących praw człowieka w aspekcie osób z niepełnosprawnością. W szczególności wsparła deklarację Europejskich Ministrów odpowiedzialnych za Politykę Integracji na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością, która zapadła w Madrycie w 2003 roku (35). Cele deklaracji obejmowały:

- poprawę w nadchodzącej dekadzie jakości życia osób z niepełnosprawnością i ich rodzin;
- podjęcie opartych na rzetelnej ocenie sytuacji życiowej, możliwości i potrzeb osób z niepełnosprawnością działań mających na celu poprawę jakości życia tych osób;
- opracowanie planu działania w celu osiągnięcia tych celów;
- zapewnienie równego dostępu do zatrudnienia jako kluczowego elementu uczestnictwa w życiu społecznym;
- przyjęcie innowacyjnych rozwiązań uwzględniających wzrost długości życia osób z niepełnosprawnością fizyczną, psychiczną i intelektualną;
- podjęcie działań umożliwiających utrzymanie dobrego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego do późnego okresu życia;
- wzmocnienie struktur realizujących wsparcie dla wymagających go osób z niepełnosprawnością;
- promocję wysokiej jakości świadczonych usług;
- rozwój programów i zasobów mających na celu zaspokojenie potrzeb osób z niepełnosprawnością.

W 2005 roku Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło rezolucję w sprawie niepełnosprawności, włącznie z prewencją, zarządzaniem i rehabilitacją (Rezolucja ONZ nr 58.23). Stwierdziła ona między innymi powinność państw członkowskich w zakresie:

- uczestniczenia w działaniach zapobiegających niepełnosprawności;
- tworzenia i wspierania społecznych programów rehabilitacyjnych związanych z podstawową opieką zdrowotną i włączonych w systemy opieki zdrowotnej;
- ułatwienia dostępu do właściwych technologii wspomagających oraz wspieranie ich rozwoju i podejmowania innych działań ułatwiających społeczną integrację osób z niepełnosprawnością;
- badania i wdrażania najbardziej efektywnych działań zapobiegających niepełnosprawności;
- zapewnienia właściwej i skutecznej opieki medycznej osobom ze szczególnymi potrzebami i ułatwienia dostępu do takiej opieki, poprzez m.in. zagwarantowanie dostępu do protez, wózków inwalidzkich, przystosowania samochodów i innych potrzebnych rozwiązań technicznych;
- działań badawczo-wdrożeniowych najbardziej efektywnych sposobów zapobiegania niepełnosprawności na poziomie społeczności lokalnych i we współpracy z innymi sektorami.

Ponadto dokument formułuje zadania Dyrektora Generalnego Światowego Zgromadzenia Zdrowia w zakresie:

- zintensyfikowania współpracy w ramach organizacji celem poprawy jakości życia, promocji praw i godności osób z niepełnosprawnością;
- udzielania wsparcia państwom członkowskim w umacnianiu krajowych programów rehabilitacyjnych;

• wspierania państw członkowskich w zakresie gromadzenia wiarygodnych danych we wszystkich istotnych aspektach, w tym

efektywności kosztowej interwencji mających na celu zapobieganie niepełnosprawności, rehabilitację i sprawowanie opieki;

- dalszego zacieśnianie współpracy w ramach Organizacji Narodów Zjednoczonych oraz z państwami członkowskimi, organizacjami pozarządowymi, w tym stowarzyszeniami osób z niepełnosprawnością;
- wspierania badań nad zapadalnością i rozpowszechnieniem niepełnosprawności jako podstaw do tworzenia strategii zapobiegania, leczenia i rehabilitacji.

W niektórych krajach Europy wprowadzono rozwiązania prawne dla osób z niepełnosprawnością (36, 37). Niektóre państwa mają długoletnią tradycję prawodawczą w kontekście ogólnej polityki wspierającej rehabilitację osób z niepełnosprawnością (np. we Francji Ustawę o Osobach Niepełnosprawnych uchwalono w 1975 r.), jednak w większości krajów Europy akty prawne zapobiegające dyskryminacji ogłoszono w ciągu ostatniego dwudziestolecia. Należą do nich m.in. Ustawa o Równych Szansach dla Osób Niepełnosprawnych (Niemcy), Ustawa Ramowa (Włochy), Ustawa Zasadnicza (Finlandia), Ustawa o Realizacji Praw Osób Niepełnosprawnych (Węgry 1998), Zdrowie dla Wszystkich (Słowenia, 2004 ), Ustawa o Dyskryminacji Osób Niepełnosprawnych (Wielka Brytania, 1996), Ku Integracji (Wielka Brytania, 2001 ) itp. Wszystkie wspomniane akty prawne są realizowane w praktyce MFIR i wspierane przez jej specjalistów.

### 3.3.2. KWESTIE PŁCI, RASY, KULTURY, RELIGII I ORIENTACJI SEKSUALNEJ

Równy i wolny od dyskryminacji dostęp do rehabilitacji i uczestnictwa w życiu społecznym, jest warunkiem koniecznym realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji. Specjaliści MFIR są świadomi presji związanych z różnicami płci, rasy, kultury, religii i orientacji seksualnej. Oddziaływania te mogą rzutować na zdolność adaptacyjną poprzez wpływ na obraz ciała, stan psychiczny i samopoczucie. Całościowe podejście typowe dla rehabilitacji zakłada wspieranie osobistej niezależności. Dla wielu osób istotne w procesie rehabilitacji są wartości religijne i duchowość.

W placówkach rehabilitacyjnych realizowane są działania wspierające równy dostęp do programów rehabilitacyjnych.

### 3.3.3. PRAWO DO REHABILITACJI

Dostęp do rehabilitacji należy do podstawowych praw człowieka. Ustawodawstwo europejskie wyraźnie wskazuje, że osoby z niepełnosprawnością powinny mieć dostęp do właściwych dla nich form rehabilitacji. Tak więc odpowiednie wykształcenie i poziom umiejętności są wymagane od wszystkich grup zawodowych zaangażowanych w rehabilitację, w szczególności od specjalistów MFIR. Istotną rolę przypada MFIR w sprawowaniu doradztwa w zakresie rozwoju usług rehabilitacyjnych i udziale w organizacjach rządowych i pozarządowych. Zadaniem MFIR mającym na celu osiągnięcie równego dostępu do rehabilitacji i integracji społecznej jest również wspieranie stowarzyszeń osób z niepełnosprawnością i organizacji działających na ich rzecz. Zagadnienie to jest ważne, ponieważ konieczne są dalsze działania na rzecz pełnej realizacji praw człowieka i przeciwdziałania dyskryminacji. Ukierunkowaniem tych działań zajmuje się Sekcja Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (Union Européenne des Médecins Spécialistes - UEMS) (patrz rozdział 6.4).



Rada Europy zaproponowała opracowanie praw osób z niepełnosprawnością w następującym zakresie (37):

- zapobieganie niepełnosprawności i edukacja zdrowotna;
- rozpoznawanie i diagnostyka;
- leczenie i lecznicze środki pomocnicze;
- edukacja;
- poradnictwo i szkolenia zawodowe;
- zatrudnienie;
- integracja społeczna i czynniki środowiskowe;
- ochrona społeczna, ekonomiczna i prawna;
- szkolenia dla osób zaangażowanych w rehabilitację i działania na rzecz integracji społecznej osób z niepełnosprawnością;
- informacja;
- statystyka i działalność badawcza.

Punkt 3 ze Standardowych Zasad Wyrównywania Szans Osób z Niepełnosprawnością ONZ (38) stwierdza, że „rządy państw powinny opracować własne programy rehabilitacji dla wszystkich grup osób z niepełnosprawnością. Programy te powinny być oparte na potrzebach osób z niepełnosprawnością i na zasadach pełnego uczestnictwa i równości. Rehabilitacja powinna być dostępna wszystkim osobom, które jej potrzebują. Dotyczy to również osób ze znacznymi i mnogimi niepełnosprawnościami. W tworzeniu lub ocenie programów rehabilitacji rządy państw powinny wykorzystywać ekspertyzy organizacji działających na rzecz dla osób z niepełnosprawnością”. Niestety w większości krajów europejskich nakreślone w dokumencie standardy są realizowane jedynie częściowo, co stwarza wyzwanie zarówno dla lekarzy MFiR, jak i ogółu społeczeństwa. Praktyka MFiR nie jest oparta na monolitycznym modelu medycznym, ale uwzględnia aspekty społeczne i realizuje podejście całościowe. Oparta jest na ciągłości postępowania w kontekście bio-psycho-społecznym i uwzględnia zarówno czynniki osobowe, jak i środowiskowe. Zapewnia osobiste wsparcie osobom z niej korzystającym przyczyniając się do pełnego uczestnictwa we wszystkich aspektach życia.

Pomimo potwierdzenia praw człowieka w ramach działań podjętych m.in. w trakcie Międzynarodowego Roku Osób Niepełnosprawnych (1981) oraz Europejskiego Roku Osób z Niepełnosprawnością (2003), dostęp do rehabilitacji osób z niepełnosprawnością z powodu urazu lub choroby nadal jest problemem. Przyczyn należy szukać w niedoborze zasobów, informacji dla osób z niepełnosprawnością i w złej organizacji usług wynikającej z niedopasowania świadczeń do potrzeb.

W przypadku licznych osób z niepełnosprawnością uczestnictwo jest utrudnione przez zachowanie w społeczeństwie przestarzałych postaw. Poprawa stanu zdrowia i edukacja osób z niepełnosprawnością celem zwiększenia ich uczestnictwa wymaga dalszej uwagi i w tym względzie istotną rolę odgrywa MFiR.

### 3.3.4. ZAGADNIENIA ETYCZNE REHABILITACJI W ODNIESIENIU DO ZDROWIA

Osoby z niepełnosprawnością powinny być czynnie zaangażowane w tworzenie i rozwój usług z zakresu rehabilitacji. Przykładem włączenia tych osób do pracy w grupie roboczej rehabilitacji jest program Unii Europejskiej HELIOS (1990/96), którego celem była poprawa możliwości

uczestnictwa „osób upośledzonych w Europie żyjących samodzielnie w społeczeństwie”. Jeden z zespołów roboczych wystosował następujące zalecenia w zakresie dobrej praktyki w rehabilitacji:

osoba z niepełnosprawnością powinna być w centrum działań interdyscyplinarnych i powinna mieć możliwość świadomego wyboru leczenia. Osoba taka powinna w pełni uczestniczyć w procesie rehabilitacji i mieć prawo do korzystania z usług niezależnie od rodzaju niepełnosprawności, wieku, płci, religii, pochodzenia etnicznego, a także miejsca zamieszkania i zasobów finansowych;

w stosownych przypadkach do rehabilitacji powinno się włączyć rodzinę;

ciągłe i skoordynowane działania powinny umożliwić powrót do środowiska i właściwego osobie i zgodnego z jej wyborem sposobu życia społecznego i zawodowego;

strategie rehabilitacji powinny być poddane ocenie użytkownika.

Programy rehabilitacji, oddziały i ośrodki praktyki rehabilitacji powinny mieć sformułowane przejrzyste plany działania uwzględniające wymogi etyczne, dotyczące praw człowieka celem:

leczenia pacjentów z zachowaniem ich godności i należyтым szacunkiem;

zapewnienia informacji czytelnej dla pacjentów, w sposób ułatwiający podjęcie decyzji;

uzyskania świadomej zgody na leczenie lub świadomej odmowy; określenia zdolności pacjenta do podejmowania kompetentnej decyzji;

ochrony prywatności pacjenta i poufności danych;

niedopuszczenia do fizycznego lub psychicznego krzywdzenia;

zachowania tolerancji dla przekonani kulturowych, religijnych, wierzeń oraz stosunku pacjenta do innych praktyk leczniczych;

usuwania barier architektonicznych, komunikacyjnych, dotyczących zatrudnienia, wynikających z postaw społecznych, oraz innych czynników utrudniających funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością.

### 3.4. Rehabilitacja i systemy opieki zdrowotnej

Dostęp do rehabilitacji i jej finansowanie różnią się pomiędzy poszczególnymi państwami i zależą od organizacji opieki zdrowotnej i społecznej. Decyzje w sprawie systemów opieki zależą od m.in. polityków, planistów, organizacji odpowiedzialnych za finansowanie, grup samopomocy i innych struktur społecznych.

Zasoby finansowe zależne są od lokalnych uwarunkowań, co może powodować różnice w dostępie do rehabilitacji we wczesnej i późniejszej fazie leczenia. W niektórych krajach dostęp do rehabilitacji, zwłaszcza w fazie przewlekłej jest określany przez służby medyczne pracujące dla firm ubezpieczeniowych. W innych krajach o wskazaniach do rehabilitacji w stanach ostrych decyduje lekarz podstawowej opieki zdrowotnej i inni specjaliści. W jeszcze innych istnieje możliwość zgłoszenia się pacjenta bez skierowania do ośrodka rehabilitacji stacjonarnej. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej w niektórych krajach może wypełniać zadania specjalisty w lecznictwie otwartym, podczas gdy w innych krajach dopuszczalne jest przyjęcie pacjenta na

rehabilitację bez skierowania. Różnorodność rozwiązań przyjętych w poszczególnych krajach uniemożliwia przedstawienie tu szczegółowego opisu każdego z nich. Dalsze informacje można uzyskać od poszczególnych państw członkowskich.

Organizacja rehabilitacji, jak i realizacja właściwych dla niej usług mają w Europie niejednorodny charakter. Specjaliści MFIR stanowią w wielu krajach mało liczebne grupy. Pomimo, że specjalność w Europie wysoko ceniona, między poszczególnymi krajami istnieją duże różnice w ilości specjalistów, w odgrywanej przez nich roli w systemie ochrony zdrowia i warunkach ich pracy. Załącznik III przedstawia różnice ilościowe specjalistów MFIR w poszczególnych krajach. Mimo, że dotychczas nie ustalono jeszcze optymalnej liczby specjalistów MFIR, która powinna przypadać na jednostkę populacji w Europie, dysproporcje między poszczególnymi krajami są wyraźne.

### 3.5. Cele i efekty rehabilitacji

Indywidualny „potencjał rehabilitacyjny” (tj. zdolność do uzyskania poprawy w wyniku rehabilitacji) nie może zostać określony bez znajomości naturalnego przebiegu zaburzenia zdrowia określonej osoby. Niekiedy występuje samoistna poprawa, która może prowadzić do fałszywie pozytywnej oceny skuteczności wczesnej interwencji (39-41). Z drugiej strony w licznych przypadkach zaniechanie rehabilitacji spowoduje ostatecznie spadek poziomu niezależności i jakości życia (41). Badania kontrolowane, w których uwzględniono te czynniki wykazały, że podjęcie wczesnej interwencji ma tendencję związku z lepszym wynikiem końcowym niezależnie od możliwości osiągnięcia pełnej sprawności, a nawet opóźniona lub późna interwencja może przynieść użyteczne efekty (42, 43).

Ogólnym celem rehabilitacji jest umożliwienie osobom z niepełnosprawnością prowadzenia życia zgodnego z ich życzeniem przy akceptacji nieuniknionych ograniczeń aktywności wynikających z uszkodzeń będących skutkiem choroby lub urazu. W praktyce cel ten najłatwiej osiągnąć poprzez połączenie następujących działań:

- likwidacja lub redukcja dysfunkcji;
- likwidacja lub redukcja barier dla uczestnictwa osoby w środowisku, w którym wybiera żyć osoba z niepełnosprawnością;
- wspieranie reintegracji społecznej.

W działaniach zogniskowanych na potrzeby pacjenta właściwe jest dążenie do optymalizacji zarówno aktywności, jak i uczestnictwa.

Plan rehabilitacji, musi zatem uwzględniać potrzeby i możliwości jednostki, prognozę zaburzenia zdrowia będącego podłożem niepełnosprawności, charakter dysfunkcji fizycznych i poznawczych, a także zdolność do nabywania nowej wiedzy i umiejętności pozwalających na poprawę poziomu aktywności i uczestnictwa. Ponadto konieczna jest ocena możliwości redukcji wpływu barier środowiskowych ograniczających uczestnictwo (wynikających z warunków otoczenia jako takiego, czy postaw innych ludzi). Wreszcie powinno się określić, czy dostępne są środki na realizację planu. Wykazanie poprawy samopoczucia i uczestnictwa społecznego leczonej osoby jest istotnym elementem głównego wyniku rehabilitacji zorientowanej na pacjenta (43).

Samopoczucie jest prawdopodobnie bezpieczniejszym wskaźnikiem sukcesu w rehabilitacji niż jakość życia, ponieważ cele wyznaczone w rehabilitacji muszą odzwierciedlać unikalne potrzeby indywidualne pacjenta, chociaż różne osoby we względnie podobnych sytuacjach mogą mieć odmienne oczekiwania. Wiele spośród używanych obecnie narzędzi oceny jakości życia określa pośrednio istotność specyficznych czynników obiektywnych (np. zdolność pokonywania schodów), które nie muszą być postrzegane jako jednakowo ważne przez wszystkie osoby z niepełnosprawnością.

Rehabilitacja ma możliwość zmniejszenia obciążeń będących skutkiem niepełnosprawności dotyczących zarówno indywidualne jednostki, jak i społeczeństwo. Wykazano, że polepszenie aktywności, stanu zdrowia, redukcja skutków powikłań i chorób współistniejących przyczyniają się do poprawy funkcjonowania i życiowej niezależności. Skutki tych działań w postaci poprawy osobistej niezależności, możliwości zatrudnienia i podejmowania innej działalności zawodowej przekładają się na korzyści zarówno indywidualne, jak i społeczne. Gdy w przywracanie niezależnego życia i możliwości pracy zaangażowanych jest wiele społecznych działań, MFIR może przygotować jednostkę i osoby jej bliskie lub opiekunów do osiągnięcia maksymalnych korzyści z dostępnych możliwości.

Wykazano skuteczność rehabilitacji nie tylko w zakresie poprawy funkcjonowania i zwiększenia szansy samodzielnego życia, ale również w redukowaniu kosztów wynikających z zależności (44). Oszacowano, że koszty rehabilitacji generują oszczędności nawet do siedemnastokrotności nakładu (45-47).

Na poziomie indywidualnym podstawowe znaczenie dla oceny skuteczności poszczególnych interwencji i usług rehabilitacyjnych ma pomiar wyników rehabilitacji. Narzędzia użyte do pomiaru muszą ściśle odnosić się do konkretnych celów wyznaczonych w planie rehabilitacji. Ocena wyniku zasadniczo różni się od oceny skuteczności działania ukierunkowanego na patologię, mającego na celu redukcję zaburzenia lub leczenie choroby. Rehabilitacja może przynieść korzyść w stanach, w których nie można osiągnąć wyleczenia, a nawet w stanach przebiegających z okresowym lub stałym pogorszeniem. W tym przypadku wskazane jest, by rehabilitacja realizowana była w postaci ciągłego programu pozwalającego pacjentowi na utrzymanie poziomu uczestnictwa i dobrego samopoczucia, które w inny sposób nie zostałyby utrzymane. Postępowanie takie powinno być standardowo zalecane w trakcie działań audytowych.

## 4. Zasady Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji

### 4.1. Proces uczenia się podstawową zasadą Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji

Uczenie się stanowi nowoczesny element procesu rehabilitacji. Specjalista MFIR odgrywa rolę nauczyciela szczególnie gdy programy rehabilitacji wymagają wsparcia współczesnymi koncepcjami adaptacji (np. plastyczności) i edukacji motorycznej. Specjaliści MFIR muszą znać

zasady rządzące zjawiskami adaptacji i plastyczności i rozumieć teoretyczne podstawy nauczania i uczenia się (48).

Wiedza w tym zakresie może być pomocna w opracowywaniu strategii mającej na celu poprawę wyników rehabilitacji i uniknięcia niewłaściwych form adaptacji. Skuteczne współczesne koncepcje edukacji motorycznej i uzyskiwania poprawy funkcjonalnej zawierają kontekst nabywania umiejętności w zakresie czynności codziennych. Podejście to przynosi korzyści w postaci przywracania funkcji i zapobiega zjawisku wyuczonego nie używania. Jednak zbyt intensywny program może być szkodliwy (49). Klasyczny proces uczenia obejmuje instrukcje typu „jak to zrobić” lub „jak wykonać zadanie”. Jednak zdolność do zrozumienia sposobu wykonania zadania można nabyć także bez wyraźnych instrukcji, w procesie utajonego uczenia się.

Uważa się, że procesy świadomego i utajonego uczenia się wykorzystują odrębne szlaki neuronowe. Zdolność utajonego uczenia się w mniejszym stopniu ulega zmianom po uszkodzeniu układu nerwowego, zwłaszcza w przypadkach ze znacznymi ubytkami pamięci. Mimo, że pierwsze podejście jest obecnie częściej wykorzystywane, istnieje możliwość wykorzystania jawnego i utajonego uczenia się we wszystkich aspektach MFIR (50).

#### 4.2. Cele Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji

Głównymi celami MFiR są optymalizacja uczestnictwa w życiu społecznym i poprawa jakości życia. Wartości te zwykle osiągane są poprzez wsparcie osoby w zakresie świadomych decyzji i osiągnięcie poziomu niezależności, w tym uczestnictwa w czynnościach zawodowych, społecznych i rekreacyjnych, zgodnego z życzeniem jednostki i z poszanowaniem praw człowieka (50). Skuteczność MFiR ujawnia się na pięć sposobów:

- leczenie choroby podstawowej;
- redukcja upośledzenia i/lub niepełnosprawności;
- zapobieganie powikłaniom i ich leczenie;
- poprawa funkcjonowania i czynności;
- umożliwienie uczestnictwa społecznego.

Wszystkie powyższe działania uwzględniają osobowy, kulturowy i środowiskowy kontekst funkcjonowania, zgodnie z zasadami ICF (patrz rozdział 3.2).

Rehabilitacja jest ciągłym i skoordynowanym procesem rozpoczynanym we wczesnej fazie choroby lub po zaistnieniu uszkodzenia i trwającym aż do osiągnięcia roli społecznej zgodnej z dążeniem życiowym i pragnieniem jednostki.

#### 4.3. Zespół rehabilitacyjny

##### 4.3.1. PRACA ZESPOŁOWA W REHABILITACJI

Rehabilitacja jest działalnością interdyscyplinarną (4) uzależnioną od właściwego porozumienia między współpracownikami i od indywidualnych umiejętności specjalistów zaangażowanych w pracę. Skuteczność zależy od precyzyjnego ustalenia celu działań dla pacjenta, w których zarówno pacjent, jak i jego bezpośrednio otoczenie będą w pełni uczestniczyć. Wartość pracy zespołowej polega na przewadze skutków grupowego działania nad zsumowanym wkładem indywidualnej

pracy członków zespołu. Wyniki pracy zespołu zależą od podziału zadań i dzielenia się doświadczeniem. Zakresy zadań poszczególnych członków zespołu mogą nie mieć wyraźnych rozgraniczeń. Efektywne zespoły rehabilitacyjne potrafią wykorzystywać udział każdego z członków mimo istnienia granic kompetencji profesjonalnych. Większość zespołów rehabilitacyjnych przeznaczonych do leczenia niepełnosprawności somatycznych będzie składać się z reprezentantów głównych profesji, jak i specjalistów spełniających potrzeby szczególne.

##### 4.3.2. INTERDYSCYPLINARNY ZESPÓŁ REHABILITACYJNY

Specjalistyczne zespoły rehabilitacyjne są kierowane przez specjalistów MFiR. Stanowią one więcej niż połączenie przedstawicieli różnych profesji medycznych. Współpraca członków interdyscyplinarnego zespołu zakłada wzajemne zrozumienie roli i poszanowanie wartości. Zadaniem zespołu pracującego z osobą z niepełnosprawnością i jej bliskimi jest ustalenie właściwych, realistycznych i terminowych celów leczenia w ramach skoordynowanego programu rehabilitacji. Cele mogą być modyfikowane z upływem czasu i stosownie do postępu leczenia. Cele działań nie powinny być określane ze względu na charakter dyscypliny reprezentowanej przez członków, ale uwzględniać całokształt potrzeb pacjenta. Formułowanie zadań poszczególnych członków zespołu nie powinno polegać na odpowiedzi na przykładowe pytanie „Jakie są zadania terapeuty zajęciowego w tym tygodniu?”, lecz raczej „Jakie w tym tygodniu są cele pacjenta i jaka jest rola terapeuty zajęciowego w ich osiągnięciu?”. Rehabilitacja rozumiana w ten sposób daje możliwość wpływania na zdolności funkcjonalne i uczestnictwo pacjenta poprzez skoordynowanie zespołowych działań w zakresie poradnictwa, informacji i leczenia z korzyścią dla osoby z niepełnosprawnością i jej bliskich.

Współpraca w zespole rehabilitacyjnym jest zapewniona przez zorganizowaną wymianę informacji i regularne spotkania zespołu. W trakcie takich spotkań dokonywane jest systematyczne omawianie rozpoznań, wpływu zaburzeń na czynności i uczestnictwo, wraz z rozważaniem zagrożeń i prognozowaniem przebiegu choroby. Uzgadniane są krótko- i długoterminowe cele rehabilitacji i planowane są właściwe interwencje. Wyniki ocen dokonywanych przez członków zespołu są włączane do dokumentacji opisującej plan rehabilitacji. Plan rehabilitacji podlega regularnej weryfikacji.

##### 4.3.3. WSPÓŁPRACA W ZESPOLE INTERDYSCYPLINARNYM

W specjalistycznej rehabilitacji ścisła współpraca przedstawicieli różnych profesji medycznych pozwala leczyć zróżnicowane zaburzenia funkcjonalne i ich konsekwencje. Przedstawiciele różnych dyscyplin uzgadniają wspólną strategię działania uwzględniającą raczej sekwencję interwencji włączanych w odpowiednim czasie i kolejności, niż stosowanie odosobnionych działań realizowanych w sposób doraźny. Regularny osobisty kontakt pomiędzy członkami zespołu umożliwia osiągnięcie wspólnego podejścia do ogólnej strategii działania.

Proces rehabilitacji z udziałem specjalistów MFiR powinien być rozpoczynany wcześnie, już w trakcie pobytu pacjenta w oddziale intensywnej terapii (50). Analogicznie udział przedstawicieli innych specjalności lekarskich może okazać się niezbędny podczas pobytu

w oddziałach rehabilitacji wczesnej, gdzie dla zapewnienia skuteczności procesu rehabilitacji niezbędne mogą okazać się interwencje typowe dla ich specyfiki (np. zamknięcie tracheostomii po odstawieniu wspomagania oddechu). W rehabilitacji późnej i rehabilitacji osób z długotrwałą niepełnosprawnością konieczna jest współpraca z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej i w razie potrzeby innymi lekarzami specjalistami.

Na początku terapii należy określić kto kieruje leczeniem. W procesie przechodzenia przez poszczególne fazy leczenia potrzeby w tym zakresie zmieniają się. Gdy jednak na liście priorytetów rehabilitacja zajmie miejsce np. stabilizacji podstawowych funkcji życiowych czy przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego, proces decyzyjny powinien być przejęty przez specjalistę MFiR.

#### 4.4. Medycyna Fizykalna i Rehabilitacja w różnych fazach rehabilitacji

##### 4.4.1. ZADANIA MFiR WE WCZESNEJ I PÓŹNIEJSZEJ FAZIE LECZENIA

Duże znaczenie dla rehabilitacji we wczesnej fazie zdrowienia po ciężkiej chorobie lub urazie ma odpowiedni wpływ środowiska, w którym można stworzyć warunki dla opanowania reakcji lękowych i obaw pacjenta. W pierwszych tygodniach leczenia pacjent może mieć ograniczoną możliwość skupienia się na programie usprawniania, czy podjęcia wysiłku fizycznego zadanego w trakcie terapii. Mimo to zaobserwowano, że prosta czynność przeniesienia osoby z uszkodzeniem mózgu z oddziału chirurgicznego lub neurochirurgicznego w spokojniejsze miejsce, jakim jest oddział rehabilitacji często wywierała efekt terapeutyczny polegający na poprawie uwagi, funkcji poznawczych i redukcji pobudzenia. Dla pacjenta to istotne korzyści same w sobie, ale również podstawowe warunki umożliwiające uzyskanie optymalnego efektu rehabilitacji (51). Presja typowa dla oddziałów leczenia ostrych stanów może stwarzać niesprzyjające warunki dla interdyscyplinarnego zespołu rehabilitacyjnego w zakresie leczenia osoby mającej złożone potrzeby. W przypadku braku takiego podejścia próby farmakologicznego objawowego leczenia niepokoju i pobudzenia mogą prowadzić do przejściowego osłabienia ich intensywności za cenę opóźnienia procesu odzyskiwania istotnych z punktu widzenia rehabilitacji funkcji poznawczych.

Przykłady problemów klinicznych, nad którymi pracują specjaliści MFiR w tym okresie ilustrują poniższe opisy przypadków klinicznych. Wczesne podjęcie rehabilitacji może zapobiec rozwojowi powikłań choroby lub urazu.

*Opis przypadku 1.* 25-letni mężczyzna po bardzo ciężkim urazie mózgu w wyniku wypadku drogowego. Zaburzenia funkcjonalne obejmowały splątanie, dezorientację, pobudzenie i niezdolność połykania. Znajdował się więc w grupie znacznego ryzyka zachyłowego zapalenia płuc, powikłania potencjalnie letalnego, lub osłabiającego szansę na poprawę funkcji mózgu. Ponadto u pacjenta wcześniej doszło do wytworzenia przykurczów stawowych kończyn jako konsekwencji unieruchomienia i spastyczności.

W warunkach właściwej i skoordynowanej rehabilitacji zapewniono spokojne otoczenie ułatwiające pacjentowi podjęcie komunikacji

z innymi osobami i zrozumienie swojej sytuacji. Podjęto leczenie mające na celu obniżenie poziomu lęku poprzez zastosowanie terapii behawioralnej. Pacjent był karmiony drogą przezskórną endoskopowej gastrostomii (PEG) celem zapewnienia odpowiedniego odżywienia i prewencji zachyłowego zapalenia płuc. Leczenie przykurczów obejmowało redukcję spastyczności, fizjoterapię i stosowanie łusek gipsowych na kończyny. Po wielu miesiącach intensywnej rehabilitacji pacjent był w stanie wrócić do domu z cechami poprawiającego się zachowania. Uzyskano poprawę funkcji połykania, co umożliwiło podjęcie prawidłowego jedzenia i usunięcie PEG. Pacjent odzyskał zdolność chodzenia i był zdolny do powrotu do pracy zarobkowej.

*Opis przypadku 2.* 52-letni mężczyzna z cukrzycą typu 2 i zgorzelą stopy przeżył amputację podudzia. Przed operacją przeprowadzono rozmowę w celu ułatwienia adaptacji do zmian w strukturach ciała i podjęcia modyfikacji stylu życia. Doradztwo obejmowało przygotowanie pacjenta do radzenia sobie ze zmianami w układzie czucia, obrazie ciała, zaburzeniami równowagi i przygotowanie do zaangażowania w rehabilitację.

Fizjoterapię podjęto we wczesnej fazie pooperacyjnej w celu poprawy funkcji oddechowych, redukcji ryzyka zakrzepicy i przykurczów. Podjęto działania w celu wytworzenia kikuta o właściwej budowie, stosowano bandażowanie i zabiegi fizykalne w celu redukcji obrzęku. Po rozpoczęciu chodzenia z protezą tymczasową pobrano pomiary celem zaopatrzenia pacjenta w protezę ostateczną. Decyzję o zaopatrzeniu w protezę podjęto po omówieniu z pacjentem zagadnień związanych z natężeniem i charakterem jego typowej aktywności ruchowej i oczekiwaniami. Rozważano potrzeby w zakresie przystosowania środowiska domu, miejsca pracy i samochodu. Przeanalizowano takie okoliczności jak dotarcie do parkingu w miejscu pracy, odległości pokonywane w trakcie pracy i inne ważne zagadnienia, jak czynności rekreacyjne i życie rodzinne. Pacjent był edukowany w zakresie opieki nad kikutem i obsługi protezy. Trzy miesiące po przybyciu amputacji pacjent był niezależny w samoobsłudze, włącznie z kontrolowaniem stanu kikuta. Pacjent był zdolny do powrotu do aktywności zawodowej. Zaplanowano kontrolę stanu pacjenta do końca jego życia.

*Opis przypadku 3.* 70-letnia kobieta po alloplastyce z powodu choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego, niezdolna do chodzenia, korzystania z wanny i prysznicza, samodzielnego wkładania butów, prowadzenia samochodu. Leczenie w okresie pooperacyjnym w oddziale rehabilitacji polegało na zastosowaniu intensywnej fizjoterapii, zaleceniu programu ćwiczeń do wykonywania w domu. W wyniku tych działań pacjentka uzyskała możliwość chodzenia w obrębie domu, jak i na zewnątrz. Po okresie paru tygodni zezwolono na prowadzenie samochodu. W wyniku terapii zajęciowej udało się pomyślnie poprawić jej funkcjonowanie w zakresie aktywności codziennych. Udzielono instruktażu na temat kontynuacji programu usprawniania w warunkach domowych. Po skontrolowaniu środowiska domowego i dokonaniu adaptacji pacjentka była w stanie funkcjonować samodzielnie.

##### 4.4.2. REALIZACJA REHABILITACJI W PRZYPADKACH Z PRZEWLEKŁĄ STABILNĄ LUB POSTĘPUJĄCĄ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Tab. 1. Klasyfikacja prewencji

Faza prewencji	Cel	Sfera zastosowania	Przykład
Pierwotna	Unikanie choroby lub urazu.	Działania polityczne, społeczne; Podstawowa opieka zdrowotna.	Ograniczenie szybkości w ruchu drogowym jako prewencja urazów komunikacyjnych; Redukcja czynników ryzyka choroby wieńcowej i krążenia mózgowego.
Wtórna	Unikanie konsekwencji i powikłań choroby lub urazu.	Szpital leczenia ostrej fazy choroby; Oddział rehabilitacji wczesnej.	Zapobieganie nadciśnienia śródczaszkowego u osoby po urazie mózgu; Zapobieganie udarowi mózgu u osoby po zawale serca; zapobieganie unieruchomieniu, zaburzeniom troficznym, przykurczom.
Trzeciorzędowa	Unikanie wpływu następstw choroby lub urazu na życie człowieka w takich obszarach jak aktywność i uczestnictwo.	Rehabilitacja w fazie późniejszej i odległej.	Leczenie zaburzeń behawioralnych występujących po udarze mózgu; Prewencja możliwych do uniknięcia problemów finansowych lub bezrobocia u osób po chorobie lub urazie.

Innym ważnym zadaniem zespołu rehabilitacyjnego jest utrzymywanie i poprawa funkcji, a także unikanie i prewencja przewidywalnych i możliwych do uniknięcia powikłań u osób ze stanami powodującymi przewlekłą, stabilną lub postępującą niepełnosprawność. W niektórych krajach europejskich (np. Austria, Niemcy, Włochy, Polska), rehabilitacja w oddziale z pobytem całodobowym lub w oddziale dziennym odgrywa ważną rolę w leczeniu stanów przewlekłych takich jak przewlekłe dolegliwości mięśniowo-szkieletowe lub nerwowo-mięśniowe, przewlekłe choroby układu krążenia, oddechowego, metaboliczne oraz skóry, choroby urologiczne czy ginekologiczne. Okresowa intensywne rehabilitacja może również być zastosowana jako leczenie zaburzeń dysfunkcji występujących nawet w odległym okresie od wystąpienia choroby, która je wywołała (17).

Główne cele rehabilitacji stosowanej w chorobach przewlekłych to osiągnięcie poprawy w zakresie obniżonych funkcji ciała i aktywności. Działania te obejmują również polepszenie uczestnictwa, jak powrót do pracy, czy prewencja odejścia na rentę z powodu problemów zdrowotnych. Stosowane w tym celu metody obejmują m.in. leczenie fizykalne, ćwiczenia, interwencje dietetyczne, psychologiczne i edukację zdrowotną. Skuteczność kliniczna i korzyści społecznoekonomiczne wynikające z tych interwencji znajdują odbicie w wynikach zarówno otwartych obserwacyjnych, jak i kontrolowanych badań (52). Systematyczne interdyscyplinarne programy edukacji zdrowotnej również okazały się skuteczne.

#### 4.5 Skutek braku rehabilitacji

Rokowanie co do możliwości uzyskania poprawy nie powinno być oderwane od tego, co nastąpiłoby w wyniku zaniechania rehabilitacji. Pytanie, na które specjalista rehabilitacji powinien odpowiedzieć brzmi „Czy rehabilitacja da większą korzyść niż sytuacja, w której możliwość uzyskania poprawy została pozostawiona przypadkowi?” Naturalny przebieg choroby i wynikających z niej niepełnosprawności i niedogodności odgrywają istotną rolę w końcowym wyniku rehabilitacji.

Spontaniczna poprawa typowa dla niektórych chorób może być źródłem fałszywego wrażenia, że zastosowana wczesna interwencja dała pozytywny rezultat (40, 41). Z drugiej strony, wczesna interwencja może przyczynić się do poprawy wyników nawet tam, gdzie pełnego wyzdrowienia nie uzyskano (54).

Życie osób z trwałą niepełnosprawnością i ich rodzin może ulec poprawie w wyniku rehabilitacji ale, co ważniejsze, konsekwencją zaniechania rehabilitacji może być pogorszenie niezależnego funkcjonowania i jakości życia (55). W oddziałach przeznaczonych do leczenia ostrych stanów często nie podejmuje się działań korygujących niektóre odwracalne zaburzenia (np. niedobory w zakresie odżywiania, połykania, mobilności i potrzeb w zakresie technologii wspomagających funkcjonowanie), ponieważ nie są to kwestie rozstrzygające o wyniku leczenia podstawowego zaburzenia w jego ostrym okresie. W tej sytuacji specjalista MFIR może uczestniczyć w prewencji komplikacji i zapewnieniu optymalnego funkcjonowania (56). W przypadku braku rehabilitacji powikłania i nieadekwatny stan funkcjonalny mogą stać się przyczyną opóźnienia wypisu pacjenta. Ustawowym zadaniem systemów opieki zdrowotnej jest zapewnienie usług z zakresu rehabilitacji celem spełnienia potrzeb zdrowotnych wszystkich pacjentów (57, 58).

Wśród konsekwencji zaniechania rehabilitacji w różnych zaburzeniach zdrowia wymienia się:

- następstwa unieruchomienia, w tym, osłabienie i zaniki mięśniowe, pogorszenie wydolności krążeniowo-oddechowej, odleżyny, spastyczność, przykurcze i osteoporozę;
- ból;
- zaburzenia odżywiania;
- zaburzenia połykania;
- zaburzenia funkcji pęcherza i jelit (zaparcia i nietrzymanie moczu);
- problemy w porozumiewaniu się;
- zaburzenia funkcji poznawczych, problemy edukacyjne;
- zaburzenia nastroju i zachowania;



pogorszenie stanu zdrowia i wystąpienie dodatkowych chorób ogólnych różnego pochodzenia, takich jak choroby dróg moczowych i układu krążeniowo-oddechowego, cukrzyca; powikłania chorób podstawowych.

Specjalista rehabilitacji powinien być zaangażowany w monitorowanie pacjentów w okresie adaptacji do życia w społeczności w celu uniknięcia konsekwencji w postaci:

wtórnych zaburzeń zdrowia i izolacji społecznej;

wyczerpania sił osób sprawujących opiekę i załamania sytuacji domowej na skutek obciążeń związanych z koniecznością sprawowania opieki;

zbędnych interwencji lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i pracowników socjalnych;

przyjęć do szpitala ze wskazań pilnych;

nieuzasadnionego umieszczania pacjentów w ośrodkach opiekuńczych (8);

niewłaściwego i w nieodpowiednim terminie wypisywania środków pomocniczych;

zaniechania zaopatrzenia pacjenta w sprzęt rehabilitacyjny odpowiadający standardom wynikającym z postępu technologii ( np. w neuroprotezy).

Ostatecznym wynikiem zaniechania rehabilitacji może być pozostawienie osoby z niepełnosprawnością w stanie nieadekwatnej wydolności funkcjonalnej i gorszej jakości życia. Taka sytuacja byłaby marnotrawstwem zasobów społecznych.

#### 4.6. Prewencja

##### 4.6.1. PROMOCJA ZDROWIA

Promocja zdrowia to podstawowa zasada działania wszystkich systemów opieki zdrowotnej. Zapobieganie chorobom oraz jej konsekwencjom i powikłaniom jest zasadniczym elementem pracy lekarzy. W kontekście rehabilitacji prewencja nie ogranicza się do działań związanych z wystąpieniem choroby i wpływaniu na czynniki decydujące o jej oddziaływaniu na stan zdrowia, ale dotyczy także w szerszym aspekcie ograniczenia wpływu choroby na wszystkie aspekty życia człowieka. Prewencję chorób dzieli się na fazy pierwotną, wtórną i trzeciorzędową według zasad przedstawionych w tabeli I.

Specjaliści MFiR mogą być zaangażowani we wszystkich fazach prewencji chorób i urazów. Popularyzacja ogólnych zasad treningu fizycznego, w szczególności w aspekcie poprawy wydolności krążenia, układu mięśniowo-szkieletowego i koordynacji odgrywa ważną rolę w prewencji m.in. nadciśnienia tętniczego, zawału serca, zespołów bólowych dolnego odcinka kręgosłupa, czy upadków.

##### 4.6.2. ZAPOBIEGANIE NASTĘPSTWOM WTÓRNYM

Istnieje grupa niespecyficznych powikłań chorób i urazów. Należą do nich zapalenie płuc, zakrzepica, odleżyny, pogorszenie wydolności krążenia, spadek siły mięśniowej, osteoporoza i niedożywienie. Ponadto poszczególne zaburzenia zdrowia niosą ryzyko typowych dla nich konsekwencji takich jak: zaburzenia połykania u osób po udarze mózgu, czy zaburzenia funkcjonowania dróg moczowych w następstwie urazu rdzenia kręgowego. Konsekwencje takie mogą zostać skutecznie

opanowane przez zespół rehabilitacyjny.

##### 4.6.3. EFEKTY PREWENCJI TRZECIORZĘDOWEJ

Istnieją przekonujące dowody na realne korzyści wynikające z rehabilitacji (59-62), poprawę wydolności funkcjonalnej, parametrów uczestnictwa i korzystne skutki odległe tych działań (63). Osoby poddane rehabilitacji mają mniejsze ryzyko śmiertelności i pobytów w zakładach opiekuńczych wskutek następstw chorób i urazów. Efekt ten występuje w wielu grupach chorób i we wszystkich grupach wiekowych, choć zwykle u osób młodych rokowanie jest lepsze. Wiele badań potwierdza znaczenie dwóch różnych aspektów rehabilitacji. Po pierwsze, większość udokumentowanych efektów poprawy dotyczy wyniku funkcjonalnego, zaś po drugie, osoby z niepełnosprawnością podlegające rehabilitacji rzadziej zapadają na powikłania możliwe do uniknięcia. Występuje u nich mniej zaburzeń zarówno somatycznych (takich jak konsekwencje unieruchomienia, przykurcze, odleżyny), jak i psychicznych – np. w postaci nieleczzonej depresji. Istnieją jednoznaczne dowody na doraźne korzyści funkcjonalne wynikające z intensywnej rehabilitacji w ostrej fazie choroby, np. po urazie głowy lub rdzenia kręgowego (44), jednak dowiedziono również, że skutki tych działań bywają tracone, jeśli nie jest dostępne wsparcie długoterminowe (51, 64). Nawet w przypadku braku potwierdzenia skuteczności pewnych metod terapeutycznych, istnieją dowody na efektywność rehabilitacji kompleksowej (65, 66). Niezbędne jest więc zapewnienie osobie z niepełnosprawnością długoterminowego dostępu do rehabilitacji do czasu naturalnego wyzdrowienia i w celu prewencji późnych powikłań.

## 5. Specjalizacja w Medycynie Fizykalnej i Rehabilitacji

### 5.1. Udział specjalisty medycyny fizykalnej i rehabilitacji w procesie rehabilitacji

MFiR tworzy pole działania usystematyzowanej opieki rehabilitacyjnej. Istnieją dowody, że usystematyzowana rehabilitacja ma lepsze efekty i nie pochłania wyższych kosztów niż interwencje podejmowane w sposób odosobniony (19). Specjaliści MFiR dostrzegają znaczenie prowadzenia długoterminowych obserwacji pacjenta.

Poprawa funkcji somatycznych i poznawczych np. po uszkodzeniu mózgu bywa procesem wieloletnim. Poza stworzeniem warunków dla zaistnienia optymalnej poprawy rolą specjalisty MFiR względem pacjenta jest także długotrwała praca mająca na celu wsparcie funkcjonowania osobniczego i uczestnictwa społecznego.

Rola specjalisty MFiR jest szczególnie istotna w rehabilitacji w następujących przypadkach:

istnienia złożonej niepełnosprawności obejmującej np. funkcje poznawcze, behawioralne i somatyczne. Kompetencje specjalisty zapewniają zdolność dokonania wszechstronnej analizy sytuacji i syntezy ocen funkcjonalnych dokonanych przez członków zespołu rehabilitacyjnego nie będących lekarzami;

znacznej dysfunkcji powodującej pogorszenie aktywności i/lub uczestnictwa w przebiegu nagłego zdarzenia, np. udaru mózgu, uszkodzenia rdzenia kręgowego lub urazu;

choroba podstawowa przebiega w postaci nawrotów lub okresowo

się nasila, jak w przypadku stwardnienia rozsianego, czy reumatoidalnego zapalenia stawów;

dostępne są interwencje lekarskie bezpośrednio wpływające na zaburzenie, poprawiających samopoczucie i aktywność, jak na przykład leczenie spastyczności, nietrzymania moczu lub bólu;

leczenie choroby podstawowej i jej powikłań ryzyko działań ubocznych mogących wpłynąć na funkcjonowanie lub wymagają monitorowania;

wpływ choroby podstawowej na funkcjonowanie może zmienić się pod wpływem zmiany w stylu życia pacjenta, np. w procesie przechodzenia od okresu dojrzewania do dorosłości, od edukacji do pracy zawodowej, czy w trakcie starzenia się.

Pole pracy specjalistów MFiR w powyższych dziedzinach nie pokrywa się z zakresami działań innych specjalizacji lekarskich, tak więc realizacja zadań nie jest utrudniona wymogami leczenia ostrej fazy choroby. Udowodniono, że istnienie odrębnej specjalności MFiR przynosi korzyści dla pacjentów (18). Pacjenci potrzebują lekarza mającego specjalistyczne kompetencje i w pełni skupionego na powierzonych mu zadaniach. Pacjenci w stanach znacznej dysfunkcji, przedstawiający złożone potrzeby wymagają uwagi interdyscyplinarnego zespołu kierowanego przez specjalistę MFiR. Charakter pracy opisany w rozdziale 4 wymaga lekarskiego podejścia rehabilitacyjnego, nie tylko zastosowania ogólnomedycznej terapii.

### 5.2. Specjalizacja w Medycynie Fizykalnej i Rehabilitacji w Europie

Specjalizacja MFiR zgodnie z przepisami szkolenia podyplomowym lekarzy obowiązującymi w poszczególnych krajach trwa przynajmniej 4 lata (67). Kształcenie nie dotyczy wyspecjalizowanego postępowania w poszczególnych chorobach narządów lub zaburzeń zdrowia, ale koncentruje się na problemach funkcjonalnych będących następstwem tych chorób i zaburzeń. Nabyte kompetencje umożliwiają zapewnienie opieki lekarskiej osobom z niepełnosprawnością wynikającą z przewlekłej choroby, urazu i innych poważnych zaburzeń zdrowia. Głównym celem interwencji MFiR jest poprawa somatycznego i umysłowego funkcjonowania w sposób umożliwiający pacjentowi podjęcie aktywności, poprawę jakości życia i włączenie w życie społeczne. Specjaliści MFiR jako lekarze w razie potrzeby uczestniczą jednocześnie w leczeniu choroby podstawowej. Aktywność i uczestnictwo pacjentów mogą być wspierane przez zastosowanie specjalistycznych metod i technik rehabilitacyjnych w przypadku istnienia nieuleczalnych objawów i powstawania nowych problemów, w przebiegu m. in. chorób układu nerwowego, układu mięśniowo-szkieletowego, amputacji, chorób serca, płuc itp.

### 5.3. Medycyna fizykalna i rehabilitacja wobec chorób i zaburzeń zdrowia

Specjaliści MFiR pracują z pacjentami obciążonymi różnorodnymi chorobami (patrz Załącznik II). Zajmują się wpływem tych stanów na funkcjonowanie osoby i jej społeczne uczestnictwo. Celem postępowania jest uzyskanie korzyści funkcjonalnej niezależnie od brzmienia diagnozy choroby podstawowej. Rozpoznanie jednak ma

istotne znaczenie w prognozowaniu przebiegu choroby i możliwości uzyskania poprawy.

W codziennej praktyce specjalista MFiR napotyka na liczne problemy ogólne dotyczące różnych zaburzeń zdrowia. Do przykładów należą:

- konsekwencje długotrwałego przebywania w pozycji leżącej i unieruchomienia, spadek wydolności fizycznej i psychicznej;
- deficyty funkcji ruchowych wywołujące osłabienie i zaburzenia funkcjonowania jednostki;
- spastyczność prowadząca do deformacji kończyn i zaburzenia obrazu ciała;
- dysfunkcje pęcherza moczowego i jelit powszechne u osób z niepełnosprawnością;
- odległy jako powikłanie unieruchomienia u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, z cukrzycą, osób starszych i będących w złym stanie ogólnym;
- dysfagia, utrata przyjemnych doznań związanych z jedzeniem, ryzyko zachyłkowego zapalenia płuc i niedożywienia u osób z zaburzeniami połykania;
- zespoły bólowe;
- zaburzenia porozumiewania się;
- zaburzenia seksualne spowodowane problemami tożsamości, obrazu siebie i zaburzeniem funkcji narządów;
- zmiany nastroju, zachowania i osobowości;
- zmiany w życiu rodzinnym, relacji osobistych, możliwości rozwoju zawodowego i pogorszenie bezpieczeństwa ekonomicznego.

Ponadto specjaliści MFiR bywają zaangażowani w rehabilitację osób z chorobami psychosomatycznymi, ginekologicznymi i dermatologicznymi.

### 5.4. Rozpoznanie i ocena funkcjonalna

Lekarze MFiR dostrzegają potrzebę sformułowania rozpoznania przed rozpoczęciem leczenia i rehabilitacji zorientowanej problemowo. Ponadto zajmują się aspektami funkcji i uczestnictwa, gdzie kompleksowa ocena pacjenta jest istotna w określaniu celów działania (68). Realizacja tych celów możliwa jest dzięki współpracy zespołu rehabilitacyjnego z osobą z niepełnosprawnością i jej bliskimi.

Rozpoznanie i ocena w MFiR obejmuje wszystkie aspekty funkcji i struktury ciała, czynności i uczestnictwa istotne dla procesu rehabilitacji. Dodatkowo oceniane są istotne czynniki kontekstowe. Wywiad w MFiR powinien dotknąć wszystkich wymiarów funkcjonowania objętych systemem ICF.

Dla ustalenia rozpoznania deficytów strukturalnych odnoszących się do choroby podstawowej i procesu rehabilitacji prócz badania klinicznego stosuje się standardowe narzędzia i techniki diagnostyczne takie jak analizy laboratoryjne, badania obrazowe itp.

Duże znaczenie w procesie diagnostycznym w MFiR w aspekcie procesu rehabilitacji mają kliniczna i instrumentalna ocena ograniczeń oraz możliwości funkcjonalnych. Obejmują one badanie kliniczne siły

BIAŁA KSIĘGA MEDYCYNY FIZYKALNEJ I REHABILITACJI W EUROPIE

Tab. 2. Przykłady problemów, na które ukierunkowany jest plan rehabilitacyjny.

Problem	Cel	Możliwe interwencje
<i>Funkcje organizmu i działania</i>		
Zaburzenie aktywności fizycznej	Bezpieczna lokomocja; Poprawa mobilności w warunkach domu i na zewnątrz (uzyskanie/poprawa zdolności chodu, poruszania się po schodach, korzystania ze środków prywatnego i publicznego transportu).	Trening postawy ciała i lokomocji z wykorzystaniem niezbędnych pomocy; Trening postawy ciała i lokomocji; Analiza potrzeb w zakresie pomocy lokomocyjnych i trening ich stosowania.
Zaburzenia porozumiewania się	Poprawa zdolności porozumiewania się, mowy i rozumienia.	Interwencje logopedyczne i neurolingwistyczne celem poprawy zdolności językowych i artykulacji; Analiza potrzeb w zakresie technologii wspomagających funkcję i trening ich stosowania.
Zaburzenia zachowania i nastroju	Poprawa zachowania, normalizacja nastroju.	Farmakoterapia, psychoterapia, terapia behawioralna i poznawczo- behawioralna; Pomoc psychologiczna i leczenie depresji i lęku.
Ból	Redukcja bólu.	Farmakoterapia bólu, fizjoterapia, poprawa skuteczności strategii pokonywania stresu.
Nietrzymanie moczu i stolca	Wspieranie funkcji kontroli oddawania moczu i stolca.	Trening kontroli funkcji oddawania moczu, ćwiczenia mięśni dna miednicy, farmakoterapia, stosowanie cewników lub stomii.
Brak zdolności samoobsługi	Samodzielność w zakresie mycia się, pielęgnacji ciała, ubierania się i korzystania z toalety.	Analiza efektywności składowych czynności złożonych, wykorzystanie zastępczych technik samoobsługi, i/lub technologii wspomagających i/lub trening samodzielności.
<i>Uczestnictwo</i>		
Niezdolność do prowadzenia gospodarstwa domowego	Nauka przygotowywania i gotowania posiłków i wykonywania czynności domowych.	Analiza efektywności składowych czynności złożonych, wykorzystanie zastępczych technik samoobsługi, pomocy i/lub technologii wspomagających i/lub trening samodzielności.
Utrata pracy	Powrót do aktywności zawodowej.	Analiza efektywności składowych czynności złożonych, wykorzystanie umiejętności zastępczych, odzyskanie zdolności do pracy, przekwalifikowanie, ćwiczenie czynności zawodowych, adaptacja pracy, dostosowanie miejsca pracy i wyposażenia, poprawa dostępności pracy, zapewnienie wsparcia w pracy.

mięśniowej, zakresów ruchomości, funkcji układu krążenia i oddechowego. Przykłady pomiarów obiektywnych to m.in. ocena parametrów mięśni (np. siła, czynność elektryczna), funkcji krążenia (ciśnienie krwi, tętno, spoczynkowy i wysiłkowy elektrokardiogram), czy czynności płuc. Specjaliści MFIR mogą sięgnąć do standaryzowanych pomiarów wydolnościowych takich jak analiza chodu, badanie izokinetyczne mięśni i ocena innych funkcji ruchowych. W rehabilitacji osób z określonymi zaburzeniami zdrowia wymagane będzie zastosowanie specjalistycznych metod pomiarowych, np. ocena funkcji połykania u chorych po udarze mózgu, badanie urodynamiczne u pacjentów z urazem rdzenia kręgowego, lub pomiar funkcji wykonawczych u pacjentów z uszkodzeniem mózgu (69-70).

Wydolność w zakresie czynności może być oceniona na wiele sposobów. Oto przykłady dwóch typowych zastosowań:

proste czynności mogą być badane obiektywizującymi narzędziami

zastosowanymi w standaryzowanych warunkach (np. testy chodu, chwytu, posługiwanie się przedmiotami, efektywność wykonywania zadań w warunkach pracowni terapii zajęciowej). Czynności podlegają ocenie jakościowej (ocena lekarza MFIR, czy wyspecjalizowanego terapeuty) lub ilościowej (pomiar czasu wykonania, zdolność pokonywania oporu itp.).

oceny czynności złożonych, takich jak czynności codzienne (mycie siebie, ubieranie, korzystanie z toalety i inne) i działania codzienne (chodzenie, siedzenie, itp.) mogą być dokonywane przez członków zespołu rehabilitacyjnego lub przy użyciu standaryzowanych kwestionariuszy.

Ocena uczestnictwa jest dokonywana głównie przy użyciu strukturalnego wywiadu z użyciem standaryzowanych kwestionariuszy. W badaniu uczestnictwa społecznego i ekonomicznego wykorzystuje



się należy parametry (np. dni zwolnienia lekarskiego).

Wiele instrumentów oceny pacjenta w MFiR łączy parametry funkcji ciała, czynności i uczestnictwa. Wyniki mogą być wykorzystane w ustalaniu wskazań do interwencji rehabilitacyjnych (kwalifikacja) lub pomiaru wyniku interwencji (ocena). Wybór właściwych narzędzi musi być zgodny z konkretnym problemem funkcjonalnym i etapem rehabilitacji (71).

Wybrane czynniki kontekstowe odnoszące się do fizycznych aspektów otoczenia i środowiska społecznego oceniane są na podstawie wywiadu i zastosowania standaryzowanych wykazów opartych na ICF. Dla oceny czynników osobowych (np. strategii radzenia sobie) dostępne są standaryzowane kwestionariusze.

W ocenie globalnej i badaniu swoistych zdolności funkcjonalnych, jak i efektów rehabilitacji można wykorzystać liczne narzędzia (72). Niektóre z nich wychodzą poza poszczególne składniki ICF. Na przykład Pomiar Niezależności Funkcjonalnej - Functional Independence Measure (FIM) (73) i wskaźnik Barthel (74) łączą aspekty funkcji ciała i czynności z obecnością chorób współistniejących i potrzebą wsparcia ze strony osób trzecich. Wybór narzędzia będzie zależał od fazy i celu w procesie rehabilitacji oraz zdolności funkcjonalnej jednostki.

Listę narzędzi diagnostycznych zamieszczono w załączniku IV.

#### 5.5. Plan rehabilitacyjny

Ukierunkowanie procesu rehabilitacji zorientowanego na problem wymaga zastosowania indywidualnie opracowanego planu rehabilitacyjnego (tab. II). W tym względzie powinno dojść do aktywnej współpracy pacjenta z członkami zespołu rehabilitacyjnego. Priorytety tego programu mogą różnić się w zależności od napotykanego problemu, ale podstawowe elementy pozostają stałe. Plan wymaga regularnej weryfikacji i aktualizacji przez zespół rehabilitacyjny i stanowi bazę dla porozumienia zespołu pracującego nad osiągnięciem przez pacjenta postępów w rehabilitacji.

Specjaliści MFiR są odpowiedzialni za opracowanie planu rehabilitacyjnego oraz określenia czasowych ram jego realizacji. Plan powinien zawierać następujące informacje:

- rozpoznanie;
- określenie wyjściowej wydolności funkcjonalnej i podstawowych problemów (w oparciu o model ICF, patrz rozdział 3.2);
- cele rehabilitacji w odniesieniu do pacjenta;
- cele rehabilitacji w odniesieniu do rodziny lub osób sprawujących opiekę;
- cele dla poszczególnych członków zespołu interdyscyplinarnego;
- działania do podjęcia.

#### 5.6. Działania w zakresie Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji

W ramach MFiR wykorzystywane są różnorodne terapie terapeutyczne. Specjaliści MFiR opracowują plan interwencji na podstawie rozpoznania choroby i stanu zaburzenia funkcji pacjenta. Następnie specjalista MFiR lub inny członek zespołu przeprowadza

działania mające na celu rozwiązanie problemów. W zależności od środowiska działania specjalista MFiR może zalecać należyte leczenie. Interwencje terapeutyczne obejmują:

1. Działania medyczne:
  - postępowanie lekarskie mające na celu przywrócenie i poprawę funkcjonowania struktur ciała (np. leczenie bólu, zapalenia, normalizacja napięcia mięśniowego, poprawa zdolności poznawczych, wydolności fizycznej, leczenie depresji);
  - zabiegi takie jak nakłucia, ostrzyknięcia i inne techniki podawania leków;
  - kwalifikacja do interwencji i ocena ich skutku;
  - prognozowanie.
2. Zabiegi fizykalne:
  - techniki terapii manualnej stosowane w przypadku odwracalnego zaburzenia ruchomości stawowej i w dysfunkcjach tkanek miękkich;
  - kinezyterapia i ćwiczenia lecznicze;
  - elektroterapia;
  - inne zabiegi, w tym stosowanie ultradźwięków, nagrzewania i chłodzenia, naświetlania (np. stymulacja laserowa), hydroterapii i balneoterapii, diatermii, masażu leczniczego i terapii obrzęku limfatycznego (manualny drenaż limfatyczny).
3. Terapia zajęciowa:
  - analiza wydolności funkcjonalnej (np. w czynnościach codziennych, związanych z pracą zawodową, poprawa funkcji uszkodzonych obszarów ciała (np. poprzez stosowanie ortoz);
  - edukacja pacjenta w zakresie umiejętności pokonywania barier dla aktywności życia codziennego (np. przystosowanie środowiska domu);
  - poprawa zaburzonych funkcji (np. poznawczych) poprzez ćwiczenia;
  - zwiększenie motywacji.
4. Logopedia i terapia lingwistyczna w ramach specjalistycznych programów rehabilitacyjnych.
5. Leczenie dysfagii.
6. interwencje neuropsychologiczne.
7. Ocena i interwencje psychologiczne, w tym doradztwo.
8. Leczenie żywieniowe.
9. Zaopatrzenie rehabilitacyjne, technologie wspomagające, protetyka, ortotyka, sprzęt pomocniczy.
10. Edukacja pacjenta.
11. Pielęgniarstwo rehabilitacyjne.

#### 5.7. Praktyka Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji – realizacja zadań klinicznych w różnych miejscach w systemie opieki zdrowotnej

Specjaliści MFiR uczestniczą we wszystkich etapach rehabilitacji i odzyskiwania zdrowia, jak również w pracy z osobami dotkniętymi przewlekłymi zaburzeniami zdrowia. Specjalizacja praktykowana jest w różnorodnych środowiskach opieki zdrowotnej począwszy od ośrodków zajmujących się leczeniem stanów ostrych, poprzez samodzielne ośrodki rehabilitacyjne, szpitalne oddziały rehabilitacyjne, do rehabilitacji środowiskowej i niezależnej praktyki specjalistycznej.

BIAŁA KSIĘGA MEDYCYNY FIZYKALNEJ I REHABILITACJI W EUROPIE

Tab. 3. Nazwa specjalizacji w poszczególnych państwach członkowskich UE MS.

Kraj	Nazwa specjalizacji
Austria	Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation
Belgia	Fysiche Geneeskunde en Revalidatie Médecine Physique et de Réadaptation
Chorwacja	Fizikalna medicina i rehabilitacija
Cypr	ΤΡΙΑΚΗ Α ΟΚΑΤΑ ΤΑ Η (Fisiki Iatriki & Apokatastasi)
Czarnogóra	Fizikalna Medicina I Rehabilitacija
Czechy	Rehabilitační a fyzikální lékařství
Dania	Fysiurgi
Estonia	Taastusravi ja füsiaatria
Finlandia	Fysiatria
Francja	Médecine Physique et de Réadaptation
Grecja	ΤΡΙΑΚΗ Α ΟΚΑΤΑ ΤΑ Η (Fisiki Iatriki & Apokatastasi)
Hiszpania	Medicina Fisica y Rehabilitación
Holandia	Revalidatie Geneeskunde
Irlandia	Rehabilitation Medicine
Islandia	Orku- og Endurha fingarla kningar
Litwa	Fizine medicina ir reabilitacija
Luksemburg	Médecine Physique et de Réadaptation
Łotwa	Mediciniska Rehabilitacija
Malta	
Niemcy	Physikalische und Rehabilitative Medizin
Norwegia	Fysikalsk medisin og rehabilitering
Polska	Rehabilitacja Medyczna
Portugalia	Medicina Física e de Reabilitação
Rumunia	Medicina Fizica și de Recuperare
Serbia	Fizikalna Medicina i Rehabilitacija
Słowacja	Fyziatria, balneológia & liečebná rehabilitácia
Słowenia	Fizikalna in rehabilitacijska medicina
Szwajcaria	Médecine Physique et de Réadaptation Physikalische Medizin und Rehabilitation
Szwecja	Rehabiliteringsmedicin
Turcja	Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon
Węgry	Fizioterápia és Rehabilitáció
Wielka Brytania	Rehabilitation Medicine
Włochy	Medicina Fisica e Riabilitativa

Specyfika działalności różni się zależnie od miejsca w systemie, jednak we wszystkich przypadkach przyjmowane są jednakowe ogólne zasady MFiR.

Specjalistyczne zaplecze rehabilitacyjne jest niezbędne w szpitalach przeznaczonych do leczenia ostrych stanów. Powinny być w nich łóżka rehabilitacyjne znajdujące się pod nadzorem specjalisty MFiR, a także zespół rehabilitacyjny, którego zadaniem jest konsultowanie i leczenie pacjentów w oddziałach intensywnej opieki medycznej i innych oddziałach leczenia ostrych stanów. Specjalista MFiR prowadzi diagnostykę, ocenę funkcjonalną i leczenie zarówno pacjentów w specjalistycznych oddziałach rehabilitacji, jak również hospitalizowanych w innych oddziałach. Wykorzystanie specjalisty MFiR jako konsultanta umożliwi wczesne wdrożenie rehabilitacji, działań zmierzających do poprawy funkcjonalnej i prewencji wtórnych konsekwencji zaburzeń zdrowia, np. skutków unieruchomienia (przykurcze, zapalenie płuc lub zakrzepica żylna). Wczesne rozpoczęcie rehabilitacji specjalistycznej zapobiega lub redukuje ryzyko długotrwałej niepełnosprawności (61-63).

U osób we wczesnym okresie po urazie czaszkowo-mózgowym znany jest efekt, jaki wywiera przeniesienia pacjenta z gwarnego oddziału chirurgicznego lub neurochirurgicznego do spokojniejszych warunków oddziału rehabilitacji. Efekt ten objawia się poprawą funkcji poznawczych, uwagi i redukcji nadpobudliwości (55). Atmosfera panująca na oddziałach leczenia stanów ostrych nie sprzyja prowadzeniu interdyscyplinarnej rehabilitacji pacjentów ze złożonymi potrzebami.

W ośrodkach rehabilitacyjnych (w tym oddziałach dziennych) i oddziałach rehabilitacyjnych znajdujących się w szpitalach leczenia ostrych stanów wszyscy pacjenci objęci są opieką specjalistów MFiR, który badają pacjentów, przeprowadzają ocenę funkcjonalną i analizują wpływ czynników kontekstowych na funkcjonowanie. W leczeniu wykorzystywane są niezbędne interwencje takie jak fizjoterapia, psychoterapia, terapia zajęciowa, logoterapia, ćwiczenia neuropsychologiczne, farmakoterapia i działania socjalne. Rolą osoby prowadzącej terapię jest również ocena pacjenta przed zastosowaniem technik leczniczych. Wyniki badań przeprowadzonych przez specjalistę MFiR i ocen funkcjonalnych dokonywanych przez terapeutów stanowią podstawę utworzenia planu rehabilitacyjnego i dalszych decyzji

podjęmowanych przez zespół rehabilitacyjny.

Plan wypisu pacjenta ustalany jest przez specjalistę MFiR na podstawie wniosków ze spotkania zespołu rehabilitacyjnego, w którym aktywnie uczestniczy osoba z niepełnosprawnością oraz jej bliscy. Specjalista MFiR sporządza wszechstronną epikryzę wypisową uwzględniającą wyniki badań i obserwacji poszczególnych członków zespołu. Raport taki zawiera informacje o chorobie podstawowej, stanie funkcjonalnym, zdolnościach do aktywności i uczestnictwa aktualne na chwilę wypisu, a także rokowanie i zalecenia co do dalszego leczenia, rehabilitacji i opieki.

Inna jest specyfika praktyki MFiR w warunkach ambulatoryjnych i praktyce prywatnej. Tu nacisk kładziony jest na diagnostykę i rozpoczęcie postępowania leczniczego. Po ustaleniu rozpoznania i przeprowadzeniu oceny funkcjonalnej pacjenci są kierowani na serię zabiegów terapeutycznych (prowadzoną przez np. terapeutę zajęciowego, fizjoterapeutę lub innego pracownika) lub, jeśli występuje wskazanie do interdyscyplinarnej rehabilitacji, to podejmowane jest działanie zespołowe. Po zakończeniu leczenia specjalista MFiR ponownie ocenia stan pacjenta i odpowiednio do uzyskanych wyników podejmuje decyzje w sprawie kontynuacji terapii lub wypisuje pacjenta pod opiekę lekarza, który kierował pacjenta na rehabilitację.

Specjaliści MFiR ściśle współpracują z pacjentem i jego bliskimi i dążą do bliskiej współpracy z odpowiadającym za pacjenta lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, a także innymi specjalistami, w szczególności, gdy wymagana jest diagnostyka i terapia z innych dziedzin medycznych, np. neurologii, kardiologii, ortopedii, itp.

Specjaliści MFiR mogą również współpracować z działającymi w środowisku stowarzyszeniami na rzecz rehabilitacji (przeznaczonymi np. dla osób z nabytym uszkodzeniem mózgu, z przewlekłymi chorobami neurologicznymi, z problemami adaptacyjnymi, lub chorobami układu ruchu).

## 6. Standardy Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji

### 6.1. Standardy kształcenia i edukacji

#### 6.1.1. KSZTAŁCENIE SPECJALISTYCZNE

MFiR jest niezależną specjalizacją lekarską we wszystkich państwach Europy, z wyjątkiem Danii i Malt. Nazwa i specyfika specjalizacji różnią się nieco między poszczególnymi państwami w zależności od panujących w nich tradycji i praw. Kształcenie trwa w zależności od państwa zwykle od czterech do sześciu lat (67) (patrz tabela III) (Karta Edukacji UEMS, Dyrektywa Unii Europejskiej 93/16/EWG z dnia 5 kwietnia 1993). Specjaliści MFiR mają prawo pracy we wszystkich państwach członkowskich UEMS, przy czym wymagany jest dyplom specjalisty wydawany przez państwowe władze do spraw kształcenia. Osoby z takim dyplomem są uznawane przez Europejską Radę Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji, która opracowała kompleksowy system kształcenia podyplomowego dla specjalistów MFiR (szczegółowo opisano w załączniku V). W skład systemu wchodzi:

podstawa programowa kształcenia podyplomowego zawierająca wiedzę podstawową i wiedzę z zakresu zastosowania MFiR

w poszczególnych stanach klinicznych;

standaryzowane wymogi w zakresie kształcenia obejmujące okres przynajmniej czterech lat w oddziale MFiR podlegające rejestracji w oficjalnym ujednoliconym dzienniku kształcenia;

jednostopniowy pisemny egzamin urządzany corocznie na poziomie Europy;

system krajowych menedżerów do spraw szkolenia i akredytacji służący utrzymania dobrego kontaktu z osobami szkolonymi w poszczególnych krajach;

standardowe przepisy dotyczące akredytacji osób szkolących i procesu certyfikacji;

system kontroli jakości ośrodków szkoleniowych realizowany poprzez wizytacje akredytowanych specjalistów w lokalnych ośrodkach;

system profesjonalnego kształcenia ustawicznego UEMS z 10 letnimi cyklami certyfikacji (Patrz rozdział 6.3 poniżej).

Szczegółowe zasady kształcenia podyplomowego specjalistów wraz z formularzami zgłoszeniowymi dostępne są na stronie internetowej Sekcji, [www.euro-prm.org](http://www.euro-prm.org).

Obecnie w Europie jest 10.280 specjalistów MFiR<sup>2</sup>, z czego 2.000 to osobny z certyfikatem Europejskiej Rady Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji<sup>3</sup>. Zarejestrowanych jest 2.800 osób w trakcie szkolenia. Certyfikat Europejskiej Rady posiada siedemdziesiąt ośrodków szkolących<sup>4</sup>. Ich lista również dostępna jest na stronie internetowej (76).

#### 6.1.2. EDUKACJA PRZEDDYPLOMOWA

Sekcja Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji UEMS gromadzi dane na temat edukacji przeddypłomowej w MFiR (tj. dla studentów medycyny). Systematyczne podejście do edukacji przeddypłomowej wymaga uwzględnienia następujących zasad:

Wskazania do rehabilitacji mogą zaistnieć u każdego pacjenta na każdym etapie korzystania z systemu ochrony zdrowia (np. w szpitalu, w podstawowej opiece zdrowotnej, w instytucji opiekuńczej). Z tego względu podstawową wiedzę z zakresu rehabilitacji powinien posiadać każdy lekarz, mając na względzie, że większość nie będzie uprawiać praktyki specjalistycznej w tej dziedzinie, ani korzystać ze specyficznych dla rehabilitacji narzędzi. Ważne jest zatem, by szkolenie studentów medycyny prowadzone było przez wykwalifikowanych specjalistów MFiR. Minimalny zakres tematyczny wymaganej wiedzy obejmuje:

zasady rehabilitacji i bio-psycho-społecznego modelu Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia;

organizacja i funkcjonowanie rehabilitacji w systemie opieki zdrowotnej (rehabilitacja w ostrej fazie choroby i w okresie późniejszym, programy rehabilitacyjne dla pacjentów ze stanami przewlekłymi);

zasady i możliwości fizjoterapii, terapii zajęciowej i innych sposobów leczenia właściwych dla rehabilitacji;

programy kompleksowej rehabilitacji i główne wskazania do ich wdrożenia;

potrzeby w zakresie rehabilitacji u pacjentów w szczególnych chorobach (np. udar mózgu, uraz wielonarządowy, zespoły bólowe

<sup>2</sup> 18.065 - według danych European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (2012) (przyp. tłum.)

<sup>3</sup> 2.345 - według danych European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (2011) (przyp. tłum.)

<sup>4</sup> 132 - według danych European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (2011) (przyp. tłum.)

dolnego odcinka kręgosłupa, choroba zwyrodnieniowa stawów, nowotwory, itp.);

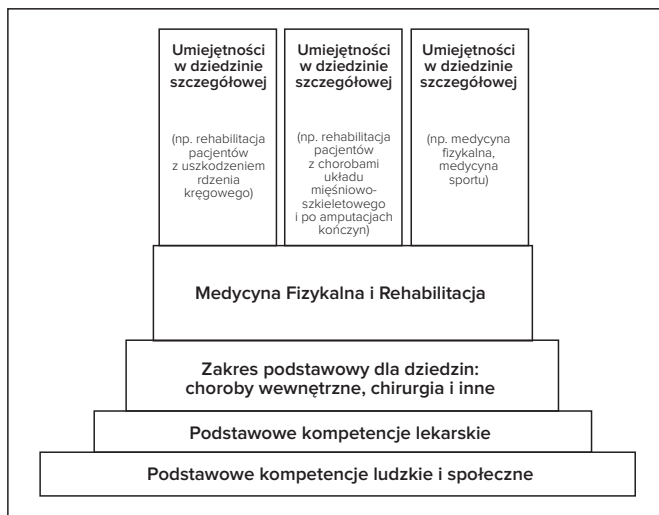
znajomość systemu społecznego i ustawodawstwa dotyczącego niepełnosprawności i rehabilitacji na szczeblu krajowym, jak również zagadnienia etyczne i prawa człowieka w rehabilitacji.

Powyższa koncepcja została przyjęta jako element obowiązkowego szkolenia w MFiR w niektórych krajach europejskich (Belgia, Francja, Niemcy, Hiszpania, Wielka Brytania) i w niektórych ośrodkach uniwersyteckich (np. w Wiedniu) (75-76).

### 6.2. Kompetencje specjalisty i zasady zarządzania procesem rehabilitacji

Poza zapewnieniem powszechnego dostępu do rehabilitacji istotne znaczenia ma poziom jej fachowości i staranność realizacji. Osoby zarządzające tym rodzajem usług powinny mieć dostęp do informacji zwrotnej pochodzącej od jej beneficjentów.

Specjaliści MFiR w trakcie szkolenia nabywają określone umiejętności. Wykształcenie medyczne daje pewne kompetencje, które podlegają rozszerzeniu w wyniku nabycia wiedzy i doświadczeń w trakcie staży w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgii, psychiatrii itd. Podstawowe kompetencje specjalisty MFiR nabywane są w trakcie szkolenia specjalizacyjnego i rozszerzają się przez doświadczenie i wiedzę uzyskiwane w trakcie praktyki w poszczególnych gałęziach specjalistycznej rehabilitacji (ryc. 3). W niektórych krajach europejskich tworzone są systemy umiejętności w ramach rozwoju specjalizacji.



Ryc. 3. Zasady kompetencji

Kompetencje obejmują:

badanie lekarskie w celu ustalenia rozpoznania choroby podstawowej;

ocenę wydolności funkcjonalnej i możliwości jej modyfikacji;

ocenę aktywności, uczestnictwa i czynników kontekstowych (cechy osoby i środowiska - patrz rozdział 3.2);

znajomość podstawowych interwencji z zakresu rehabilitacji i dowodów na ich skuteczność i bezpieczeństwo (patrz rozdziały 4.1 i 4.4)

budowę planu rehabilitacji (patrz rozdział 5.5);

wiedzę, doświadczenie i umiejętność praktycznego zastosowania terapii (w tym leczenia fizykalnego, wykorzystania czynników naturalnych i innych - patrz rozdział 5.6);

ocenę i pomiar wyników leczenia;

zapobieganie i leczenie powikłań;

prognozowanie przebiegu choroby / zaburzenia i ocenę spodziewanych wyników rehabilitacji;

znajomość technologii rehabilitacyjnej (ortotyka, protetyka, technologie wspomagające funkcje i pokrewne zagadnienia);

zdolność kierowania zespołem i znajomość uwarunkowań jego pracy;

umiejętność nauczania (w odniesieniu do pacjentów, osób sprawujących nad nimi opiekę, członków zespołu rehabilitacyjnego i innych osób);

znajomość systemu społecznego i prawodawstwa dotyczącego niepełnosprawności;

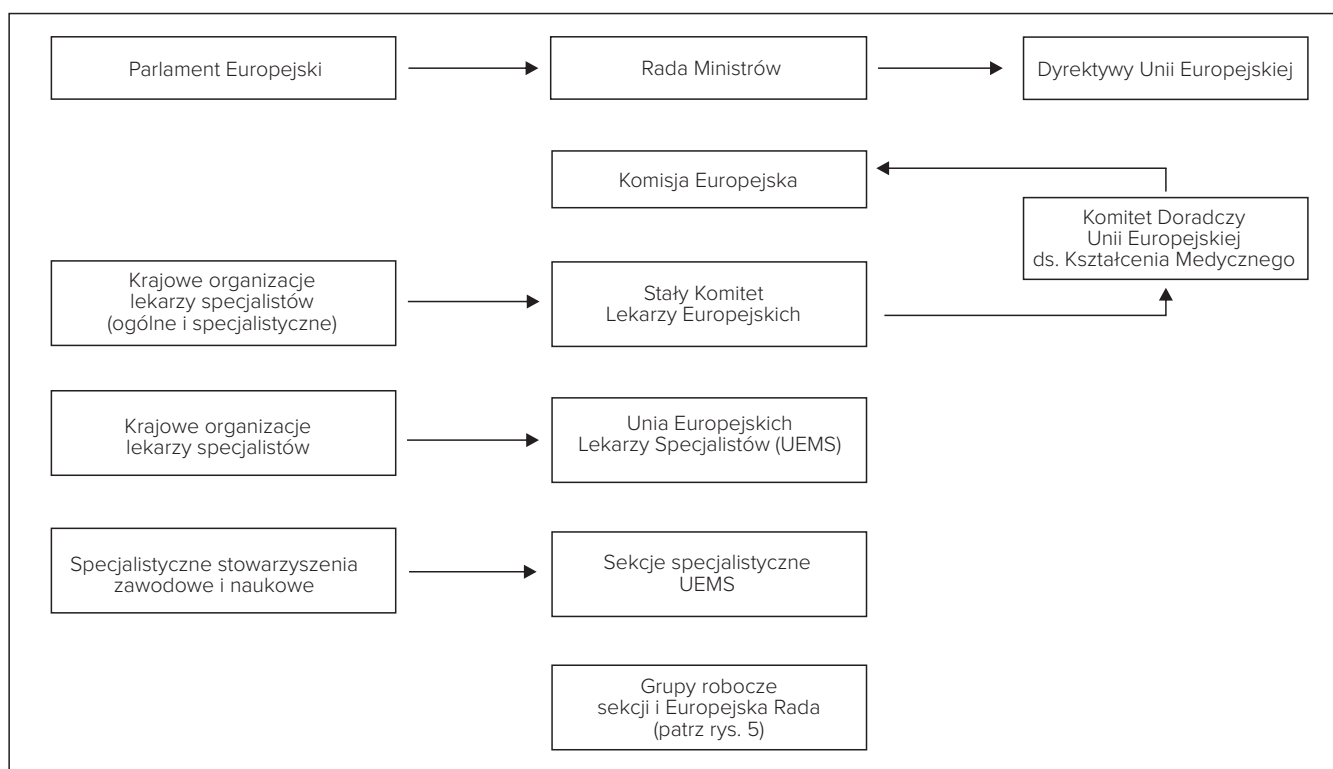
podstawowa znajomość ekonomicznych i finansowych aspektów rehabilitacji.

Specjaliści MFiR rutynowo wykorzystują szereg innych zdolności. Istotne cechy, które powinny ich charakteryzować to komunikatywność, zdolności interpersonalne, umiejętność przekazywania wiedzy i edukowania pacjenta i jego bliskich. Powinni umieć korzystać ze strategii stymulujących pacjentów do rozwijania umiejętności radzenia sobie, utrzymywać kontakty z instytucjami i organizacjami służby zdrowia, usług społecznych, grup samopomocy w celu uzyskania najlepszych rozwiązań dla pacjentów. Odpowiednie umiejętności potrzebne są również do uczestniczenia w rozwoju systemów usług dla osób z niepełnosprawnością.

### 6.3. System ustawicznego doskonalenia zawodowego i ustawicznego kształcenia medycznego

Systemy ustawicznego doskonalenia zawodowego (Continuing Professional Development - CPD) i kształcenia medycznego (Continuing Medical Education - CME) są integralnymi częściami specjalistycznej praktyki medycznej. specjaliści MFiR muszą wykazywać swój udział w doskonaleniu zawodowym podobnie jak przedstawiciele innych specjalności. CPD obejmuje wszystkie aspekty praktyki lekarskiej, wśród których jedną ze składowych jest CME. W Europie utworzono wiele programów szkoleniowych mających na celu kształcenie specjalistów MFiR i ich współpracowników z zespołów rehabilitacyjnych. Programy obejmują wiedzę z zakresu nauk podstawowych i zagadnień klinicznych, jak również badań naukowych i techniki medycznej.

Na szczeblu europejskim program CME i CPD polega na systemie akredytacji kongresów i wydarzeń edukacyjnych z zakresu PRM



Ryc. 4. Organizacje lekarskie Unii Europejskiej

o zasięgu międzynarodowym. Program oparty jest na zasadach wzajemnej współpracy uzgodnionej między wchodzącymi w skład UEMS Europejską Radą Akredytacyjną CME (EACCME CME), a Sekcją i Radą Medycyny Fizycznej i Rehabilitacji UEMS (patrz rozdział 6.4). Europejskie przepisy są takie same dla wszystkich specjalizacji. Europejska Rada MFIR powołała Komitet CPD / CME odpowiedzialny za właściwe dla naszej specjalności programy kształcenia ustawicznego, akredytację kongresów i wydarzeń edukacyjnych o zasięgu europejskim i szkolenie ustawiczne specjalistów z certyfikatem nadanym przez Europejską Radę MFIR.

EACCME odpowiada za koordynację działalności wszystkich specjalności lekarskich. Na witrynie internetowej UEMS ([www.uems.org](http://www.uems.org)) zamieszczono szczegółowe informacje na temat wymagań dotyczących szkolenia ustawicznego wszystkich specjalistów z certyfikatem europejskim. Każdy specjalista uznany przez Europejską Radę MFIR ma obowiązek uzyskania 250 punktów edukacyjnych w ciągu pięcioletniego okresu rozliczeniowego ([www.euro-prm.org](http://www.euro-prm.org)). Lekarze są rozliczani ze spełnienia wymogów CME zanim uzyskają potwierdzenie kwalifikacji. Postępowanie takie wchodzi do powszechnej praktyki obowiązującej w poszczególnych krajach jak i w całej Europie. Obowiązek ustawicznego doskonalenia zawodowego i kształcenia medycznego jest ustanowiony w niektórych krajach Europy i potrzeba ta w praktycznym wymiarze jest coraz powszechniej doceniana. Reguły CPD / CME zamieszczono w załączniku VI.

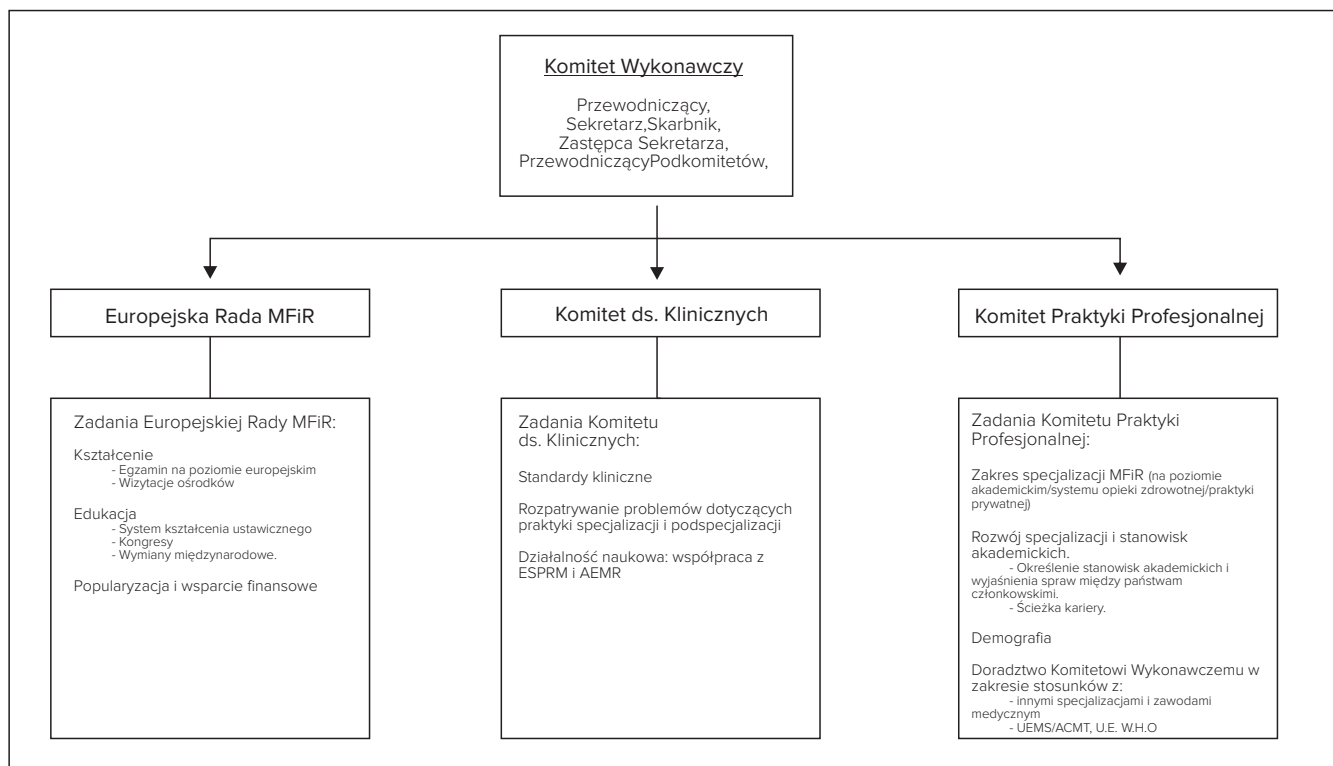
Pierwszym wydarzeniem edukacyjnym wspieranym przez

Europejską Radę MFIR była Europejska Szkoła w Marsylii na temat Analizy Postawy i Ruchu (European School in Marseille on Posture and Movement Analysis), ustanowiona w 2000 roku. Wydarzenie ma formę organizowanego corocznie dwutygodniowego kursu, który przyciąga lekarzy, inżynierów i przedstawicieli innych profesji związanych z rehabilitacją z całej Europy. Obecnie Europejska Rada MFIR uczestniczy w organizacji kolejnych kursów i wydarzeń szkoleniowych.

#### 6.4. Sekcja i Rada Medycyny Fizycznej i Rehabilitacji Europejskiej Unii Specjalistów Medycznych – Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)

##### 6.4.1. HISTORIA

Sekcja i Rada Medycyny Fizycznej i Rehabilitacji Europejskiej Unii Specjalistów Medycznych – Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) została powołana w 1958 roku jako medyczny organ statutowy Unii Europejskiej mający wyłączność w reprezentowaniu specjalizacji lekarskich działających na bazie szpitalnej. W skład organizacji wchodzi sekcje odpowiadające każdej specjalizacji uznanej w Europie, przy czym Medycyna Fizyczna i Rehabilitacja była jedną pierwszych specjalności o uznanej autonomii. Sekcja MFIR powstała w 1971, zaś Europejską Radę MFIR założono w 1991 roku jako składową Sekcji. Szczególnym zadaniem Europejskiej Rady MFIR było opracowanie i dalszy rozwój podstaw systemu kształcenia ustawicznego i doskonalenia zawodowego. Jako organ statutowy Komisji Europejskiej, UEMS odpowiada przed Stałym Komitetem Lekarzy, w którym uczestniczą krajowe zawodowe organizacje lekarskie. Specjalizacje



Ryc. 5. Struktura Sekcji Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji UEMS

uznane w dwóch trzecich spośród państw członkowskich UEMS są uprawnione do tworzenia sekcji specjalistycznych. MFiR jest uznawana jako podstawowa składowa służby zdrowia w każdym z 28 państw członkowskich poszerzonej wspólnoty europejskiej, zaś większość państw stowarzyszonych również przyjmuje te same zasady. MFiR jest jedną z niewielu specjalizacji uznawanych w całej Europie i jest reprezentowana w Radzie UEMS.

#### 6.4.2. STRUKTURA I ROLA ORGANIZACJI

Specjalizacja w Europie jest organizowana przez Sekcję Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji UEMS (ryc. 4). Jest to struktura statutowa odpowiedzialna przed Europejskim Komisarzem do spraw Zdrowia i jest jedynym oficjalnym przedstawicielstwem lekarskim uznanym przez Unię Europejską. Zadaniem Sekcji jest promocja specjalizacji w aspekcie praktyki zawodu i ujednoczenie specjalności na poziomie europejskim poprzez doskonalenie zawodowe i ustawiczne kształcenie z systemami oceny. Celem działań jest rozwój standardów praktyki klinicznej oraz ułatwienie podejmowania badań naukowych niezbędnych w celu dalszego ich rozwoju. W tym względzie Sekcja, podobnie jak przedstawicielstwa innych specjalizacji w UEMS nawiązała obecnie ścisłą kooperację z Komisją Europejską i Radą Europy. Sekcja aktywnie współpracuje z wieloma organizacjami, takimi jak International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM), American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation (AAPMR), czy Dekada Kości i Stawów. W skład Sekcji wchodzi trzy główne komitety odpowiedzialne przed Komitetem Wykonawczym. Rycina 5 ilustruje zadania

poszczególnych struktur. Sekcja ściśle współpracuje z takimi organami europejskimi odpowiadającymi za rozwój MFiR jak Europejska Akademia Rehabilitacji Medycznej - Académie Européenne de Medecine de Readaptation (AEMR) i European Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ESPRM).

Komitety Sekcji (ryc. 5):

Komitet Kształcenia i Edukacji (komitet statutowy - Europejska Rada Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji);

Komitet do Spraw Klinicznych;

Komitet Praktyki Profesjonalnej.

#### 6.4.3. CZŁONKOWIE

Przystąpienie dziesięciu nowych państw członkowskich do Unii Europejskiej w dniu 1 maja 2004 spowodowało wzrost liczby pełnoprawnych członków Unii Europejskiej do 28 ze Szwajcarią, Norwegią, Islandią, Rumunią, Bułgarią, Chorwacją i Turcją posiadającymi status obserwatorów<sup>5</sup>. W krajach członkowskich jest ponad 10.280 dyplomowanych specjalistów MFiR<sup>6</sup> i 2.800 lekarzy w trakcie szkolenia specjalistycznego (76). Istotnym zadaniem UEMS jest harmonizacja związków na poziomie europejskim między tymi krajami. Ilości specjalistów MFiR w poszczególnych krajach Europy podlegają znacznym różnicom. W załączniku III zamieszczono dane demograficzne.

Ogólna struktura usług z zakresu MFiR jest na terenie Europy

<sup>5</sup> Pełnoprawne członkostwo przysługuje obecnie 20 krajom, w tym 27 krajom wchodzącym w skład Unii Europejskiej, Islandii, Norwegii i Szwajcarii. Chorwacja i Turcja mają status członków stowarzyszonych, zaś ze statusu członków - obserwatorów korzystają Bośnia i Hercegowina, Czarnogóra, Serbia. • ródł: [http://www.euro-prm.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6&Itemid=127&lang=en](http://www.euro-prm.org/index.php?option=com_content&view=article&id=6&Itemid=127&lang=en)

<sup>6</sup> 18.065 – według danych European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (2012) (przyp. tłum.)



zbliżona, pomimo różnic w systemach opieki zdrowotnej. Propozycje standardów klinicznych formułowane są przez zespoły robocze powołane dla poszczególnych zagadnień.

#### 6.4.4. KSZTAŁCENIE WMFIR

System kształcenia specjalistycznego jest opisany w rozdziale 6.4.1. Warunki rozpoczęcia szkolenia różnią się nieco między poszczególnymi krajami, ale mimo różnic kryteriów wstępnych programy wykazują wiele podobieństw między sobą i są zbieżne z programem Amerykańskiej Rady Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji (American Board of PMR).

W realizacji ujednolicenia kształcenia specjalistycznego Europejska Rada MFIR przyjęła następujące zadania (76):

- ustanowienie egzaminu na poziomie europejskim celem określenia poziomu wykształcenia specjalistycznego;
- system ustawicznego doskonalenia zawodowego i kształcenia medycznego z dziesięcioletnimi okresami oceny;
- system akredytacji ośrodków szkoleniowych i osób prowadzących kształcenie realizowany poprzez wizytacje w ośrodkach.

Ostatecznym celem harmonizacji jest stworzenie grupy specjalistów mających możliwość zatrudnienia w całym systemie europejskiej opieki zdrowotnej i umożliwienie krajowym strukturalom zarządzającym służbą zdrowia oraz pracodawcom uznawania poziomu eksperckiego specjalistów wykształconych w innej części Europy. Wszystkie aspekty działalności Sekcji i Rady MFIR, wraz z programem kształcenia specjalistycznego opublikowano za pośrednictwem strony internetowej Sekcji pod adresem [www.euro-prm.org](http://www.euro-prm.org) (Załącznik V).

#### 6.5. Europejska Akademia Rehabilitacji Medycznej - Académie Européenne de Médecine de Readaptation (AEMR)

Struktura ta skupiająca maksymalnie 50 wybitnych europejskich ekspertów MFIR została utworzona w 1969 roku. Członkowie uzyskują zaproszenie w uznaniu wybitnego wkładu w rozwoju specjalizacji, szczególnie w jej humanistycznym aspekcie. Celem działalności Akademii jest poprawa funkcjonowania rehabilitacji we wszystkich jej aspektach z korzyścią dla osób, które jej wymagają. Akademia wspiera działalność edukacyjną i badawczą w całej Europie, stanowiąc ośrodek referencyjny w sprawach naukowo-badawczych i dydaktycznych, platformę wymiany idei i informacji, uczestniczy również w wymianie lekarzy MFIR między różnymi krajami, zabiera głos w dyskusjach dotyczących moralnych i etycznych aspektów rehabilitacji.

Motto Akademii brzmiące „Societas vir Origo ac finis”, można przetłumaczyć jako „człowiek źródłem i celem społeczeństwa”.

Akademia jest strukturą w pełni niezależną. Jej publikacje wspierają kształcenie i rozwój dalszych badań naukowych. Akademia firmuje serię monografii opisujących aktualny stan wiedzy w rehabilitacji obejmującą:

- J-P. Didier (red.) *La Plasticité de la Fonction motrice* (Springer 2004) przygotowywane wydanie włoskie w 2007 r.;
- M. Barat i F. Franchignoni (red.) *Assessment in Physical Medicine and Rehabilitation* (Maugeri Foundation Books 2004);
- C. Gobelet i F. Franchignoni (red.) *Vocational Rehabilitation* (Springer 2006);

A. Chantraine (red.) *Les Fonctions Sphinctériennes* (Springer 2006).

W przygotowaniu są kolejne publikacje, m.in. w dziedzinie rehabilitacji w onkologii i rehabilitacji osób z zespołami bólowymi<sup>7</sup>.

Stanowisko przyjmowane przez Akademię w dyskusjach nad problemami etycznymi reprezentuje poglądy wynikające z specyfiki MFIR. Wyniki niedawnej debaty zostały zebrane i opublikowane w krótkim komunikacie zatytułowanym „Violence and Handicap” (77).

Akademia wspiera niektóre działania edukacyjne, takie jak Europejska Szkoła w Marsylii na temat Analizy Postawy i Ruchu, współfinansowane przez fundację Erasmus. W celu zachęcenia młodych naukowców do zaangażowania w oryginalne badania w zakresie MFIR Akademia przyznaje doroczną nagrodę, której sponsorem jest Szwajcarskie Stowarzyszenie Paraplegii. Szczegółowe informacje dostępne są u sekretarza Akademii.

#### 6.6. Europejskie Towarzystwo Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji (European Society of Physical and Rehabilitation Medicine)

Europejskie Towarzystwo Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji (European Society of Physical and Rehabilitation Medicine - ESPRM) powstało w 2003 roku. Zakres działań Towarzystwa obejmuje badania naukowe i kształcenie w dziedzinie MFIR w Europie. ESPRM przejąwszy dorobek założonej w 1963 Europejskiej Federacji Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji służy koordynacji europejskich działań i stanowi platformę wymiany naukowej. Towarzystwo oferuje indywidualne członkostwo wszystkim kwalifikowanym specjalistom MFIR oraz członkostwo zbiorowe osobom wchodzącym w skład krajowych towarzystw naukowych MFIR w państwach Europy. Indywidualne członkostwo jest bezpłatne. Witryna internetowa pod adresem [www.esprm.org](http://www.esprm.org) w interaktywny sposób podaje aktualne informacje na temat projektów badawczych, grantów, kursów szkoleniowych, kongresów, finansowania wymiany międzynarodowej itp.

ESPRM co dwa lata organizuje kongresy naukowe. Przykładowe tematy wiodące z ostatnich kongresów obejmowały:

- „Rehabilitacja medyczna – aktualny stan wiedzy – standardy kliniczne, pomiary wyników i skuteczne interwencje w rehabilitacji neurologicznej, rehabilitacji w chorobach układu mięśniowo-szkieletowego i rehabilitacji osób z amputacjami”: 13 Europejski Kongres Rehabilitacji, Brighton, Wielka Brytania, 2002;
- „Postępy w MFIR - koncepcje tradycyjne i współczesne”: 14. Europejski Kongres Rehabilitacji, Wiedeń, Austria, 2004;
- „Rehabilitacja oparta na dowodach naukowych, Medycyna Fizykalna i Rehabilitacja osób po transplantacji płuc i pacjentów z cukrzycą”: 15. Europejski Kongres Rehabilitacji, Madryt, Hiszpania, 2006.

Następne europejskie kongresy<sup>8</sup> MFIR będą organizowane zgodnie ze standardami organizacji i przebiegu wytyczonymi przez ESPRM. Organizacja kongresów uwzględni standardowy program obejmujący następujące bloki tematyczne trwające pół dnia obrad:

- biologia funkcjonowania (nauki podstawowe);
- technologia wspomagająca funkcjonowanie (technologia rehabilitacyjna);
- nauki kliniczne (MFIR w poszczególnych stanach klinicznych);

<sup>7</sup> Ukazały się również następujące publikacje firmowane przez AEMR: H. Delbrück „Rehabilitation and palliation of cancer patients” (Springer, 2007); B.H. Sjölund „RCT Field manual on Rehabilitation” (The Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims (RCT), 2007); Franchignoni F. *Research issues in Physical & Rehabilitation Medicine* (Maugeri Foundation Books 2010); J.P. Didier, E. Bigand „Rethinking physical and rehabilitation medicine” (Springer, 2010) (przyp. tłum. źródło: <http://www.aemr.eu/> cytowane: 08 maja 2013)

<sup>8</sup> Tematy kolejnych kongresów Europejskiego Towarzystwa Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji: „Od komórki do społeczeństwa” 16. Europejski Kongres Rehabilitacji, Brugia, Belgia, 2008; „Rehabilitacja europejska: jakość, dowody naukowe, skuteczność” 17. Europejski Kongres Rehabilitacji, Wenecja, Włochy, 2010; „Nauka i sztuka w Medycynie Fizykalnej i Rehabilitacji” 18. Europejski Kongres Rehabilitacji, Saloniki, Grecja, 2012 (przyp. tłum.)

nauki o funkcjonowaniu człowieka (obejmuje epidemiologię, funkcjonowanie społeczne i tematy pokrewne).

Rozwój MFiR nie zależy od działalności rządów, działalności firm ubezpieczeniowych, polityków czy przedstawicieli innych zawodów, ale od aktywności lekarzy praktykujących w tej dziedzinie.

## 7. Działalność badawcza w Medycynie Fizykalnej i Rehabilitacji

### 7.1. Znaczenie badań naukowych w ustalaniu potrzeb i wartości obecnych i przyszłych rozwiązań

MFiR w pełni wspiera założenia medycyny opartej na dowodach naukowych. W ciągu ostatnich dwóch dekad poczyniono znaczne postępy w badaniach w dziedzinie MFiR. Tradycyjnie w ciągu ostatniego dwudziestolecia w centrum zainteresowań naukowych znajdowały się fizjologiczne mechanizmy oddziaływania metod fizykalnych. Obecnie obserwuje się rosnącą liczbę badań prospektywnych, których obiektem jest skuteczność rehabilitacji w chorobach takich jak zespoły bólowe dolnego odcinka kręgosłupa, udar mózgu, uszkodzenie rdzenia kręgowego (78-80), reumatoidalne zapalenie stawów, choroby układu krążenia, oddechowego, choroby metaboliczne. W niektórych zagadnieniach opublikowano już metaanalizy.

#### 7.1.1. ZNACZENIE BADAŃ NAUKOWYCH

Ważnym elementem rozwoju specjalizacji w MFiR jest wspieranie zainteresowania i popularności badań naukowych. Badania są niezbędne dla zrozumienia podstawowych zjawisk w rehabilitacji, takich jak mechanizm nabywania nowych umiejętności, lub odzyskiwanie funkcji, adaptacja tkanek ciała (np. mięśni lub szlaków neuronalnych ośrodkowego układu nerwowego) do skutków urazu lub choroby. Dzięki badaniom można określić zachorowalność i chorobowość w zakresie niepełnosprawności, zidentyfikować uwarunkowania procesu zdrowienia, podatności na oddziaływanie, nabywania nowych umiejętności i skuteczności rehabilitacji.

Rozwój nowych technologii medycznych wymaga dostosowania ich do potrzeb użytkowników z niepełnosprawnością. Technologia rehabilitacyjna jest obecnie i będzie w przyszłości jednym z najważniejszych i najbardziej obiecujących obszarów działalności badawczych. Istotną rolę odgrywają w tym względzie inżynieria tkankowa i inne współczesne technologie. Wraz ze wzrostem kosztów opieki zdrowotnej i usług rehabilitacyjnych politycy będą wywierać na służbie zdrowia presję ograniczenia wydatków i skłaniać do przedstawienia dowodów sprawnej i ekonomicznej organizacji działania. MFiR jest wiarygodnym partnerem w debatach z pacjentami, politykami, ministerstwami zdrowia i firmami ubezpieczeniowymi na arenie publicznej, ponieważ bazuje na rzetelnych dowodach opartych na wynikach badań naukowych.

#### 7.1.2. CELE BADAŃ NAUKOWYCH W MEDYCYNIE FIZYKALNEJ I REHABILITACJI

Badania w zakresie rehabilitacji wymagają odrębnego podejścia od standardowej metodyki wykorzystywanej w naukach podstawowych i przy badaniu praktycznych interwencji medycznych. Dokonano znacznego postępu w klinimetric. Randomizowane badania

kontrolowane mogą być więc prowadzone na wielu obszarach. Wnioski z nich są mniej wiarygodne, gdy ocena dokonywana jest na grupach, których uczestnicy wykazują różnice. Przy tym bardziej na rangę wyników wpływa zróżnicowanie uczestników pod względem uwarunkowań osobowych i społecznych, niż biologicznych. Projekty badań klinicznych opracowane w oparciu o uwarunkowania stosowane w psychologii klinicznej często są bardziej owoce i trafne, niż oparte na wzorcach wykorzystywanych przy próbach lekowych. Połączenie metodyki oceny jakościowej i ilościowej często przynosi bardziej trafne wyniki badania skuteczności metod stosowanych w rehabilitacji.

Agencje rządowe i płatnicy często oczekują dowodów efektywności kosztowej rehabilitacji. Zazwyczaj wymagane jest dostarczenie oceny danej usługi jako całości, ponieważ spełnienie zróżnicowanych potrzeb w każdej grupie pacjentów wymaga od zespołu leczącego zastosowania szerokiego zakresu różnych interwencji.

Problem ten ma istotne znaczenie, ponieważ wyniki w MFiR osiągane są w dzięki stosowaniu sekwencji różnych interwencji lub w efekcie wzajemnego oddziaływania między ich skutkami. Wykazanie wpływu pojedynczej interwencji typowej dla rehabilitacji nie odwzorowuje rzeczywistości klinicznej. Określenie skuteczności poszczególnych procedur wchodzących w skład programu rehabilitacyjnego nie jest równoznaczne z dowodem na efektywność programu jako całości. Podejmowanych jest obecnie wiele inicjatyw dotyczących rozwiązania technicznych i badawczych problemów w omawianej kwestii, celem umożliwienia regularnego monitorowania efektywności i wykorzystania nakładów w praktyce rehabilitacji.

### 7.2. Zaplecze działalności badawczej

Najważniejszym działaniem umożliwiającym poprawę poziomu i ilości badań w MFiR jest organizacja płaszczyzny komunikacji wszystkich uczestników badań naukowych w Europie. Klinicyści, badacze i organizatorzy powinni zyskać dostęp do informacji o realizowanych i planowanych projektach, ich finansowaniu i dotacjach, o protokołach, stosowanych kwestionariuszach, narzędziach badawczych oraz programach wymiany naukowej. Zyskanie informacji na temat skuteczności interwencji rehabilitacyjnych będzie wymagało znacznych nakładów finansowych na badania.

Odpowiedź na te istotne pytania stworzy potrzebę znaczącego wzrostu finansowania badań naukowych w zakresie MFiR. Strategia planowania badań i współpraca badawcza między różnymi dziedzinami nauki jest niezbędna na poziomie zarówno europejskim, jak i krajowym. Działania takie pozwolą na redukcję oddziaływania niepełnosprawności na poziomie jednostkowym i społecznym.

### 7.3. Szkolenie w zakresie badań

Powyższe wymagania techniczne dotyczące badań naukowych w rehabilitacji powinny być zrozumiałe przez wszystkie lekarzy zaangażowanych w rehabilitację kliniczną. Zważywszy na wielkie znaczenie dla osiągnięć naukowych współpracy interdyscyplinarnej, najlepsze efekty kształcenia w profesjach związanych z rehabilitacją (włączając edukację lekarzy) osiągnie się w oparciu o ośrodki, w których praktykowane jest podejście interdyscyplinarne. Mniejszy pożytek



przyniesie podjęcie badań w zespołach ograniczonych do jednej dyscypliny w izolacji od innych profesji. Kładzie się nacisk na umożliwienie osobom w trakcie specjalizacji kształcenia w warunkach interdyscyplinarnego zespołu zapewniającego warunki współpracy naukowej między przedstawicielami wielu zawodów medycznych. Chociaż obecnie w wielu krajach możliwości w tym zakresie nie są wystarczające do zapewnienia właściwego kształcenia wszystkich stażystów w MFIR, ale jedynie tych najbardziej utalentowanych, sytuacja ulega stopniowej poprawie. Wykształcenie grupy stażystów posiadających tytuł doktora lub równoważny poziom kwalifikacji stanowi fundament, na którym oprze się aktywność przyszłej kadry akademickiej i od którego w przyszłości będzie zależeć jakość badań naukowych.

#### 7.4. Publikacja wyników badań naukowych

Na poziomie krajowym wyniki badań naukowych w dziedzinie MFIR są publikowane w lokalnych czasopismach naukowych. Do europejskich czasopism publikujących wyniki badań z dziedziny rehabilitacji o charakterze interdyscyplinarnym należą „Journal of Rehabilitation Medicine” (obecnie o najwyższym współczynniku Impact Factor spośród czasopism poświęconych rehabilitacji na świecie) „Disability and Rehabilitation”, „Clinical Rehabilitation”, „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” i „Europa Medicophysica”<sup>9</sup>.

## 8. Perspektywy rozwoju

### 8.1. Filozofia

Oczekiwana długość życia podwyższa się zarówno w krajach wysoko rozwiniętych jak i rozwijających się. Co ważniejsze, poprawa przeżywalności pacjentów dotkniętych urazami i chorobami, jak i starzenie się populacji spowoduje wzrost zapotrzebowania na rehabilitację we wszystkich krajach europejskich, w których wzrasta również oczekiwanie wysokiej jakości życia (81). W związku z tym systemy rehabilitacji muszą podlegać ciągłemu rozwojowi uwzględniającemu następujące wymogi:

- rehabilitacja osoby po urazie lub osoby chorej, jak również w przewlekłych zaburzeniach zdrowia należy do podstawowych praw człowieka (82);
- cała populacja Europy powinna mieć sprawiedliwy i łatwy dostęp do rehabilitacji we wszystkich jej aspektach, w tym do specjalistycznej rehabilitacji medycznej;
- wysokie standardy opieki zdrowotnej w rehabilitacji i jakość terapii powinny być oparte na dowodach naukowych;
- modele rehabilitacji i standardy opieki nadające kierunek praktyki klinicznej powinny być oparte na dowodach naukowych.

### 8.2. Osiągnięcie celów rehabilitacji

Dla osiągnięcia powyższych zamierzeń w MFIR konieczne jest podjęcie następujących działań:

- poprawa powszechnej świadomości i zrozumienia potrzeb osób z niepełnosprawnością;

upowszechnianie korzyści płynących z rehabilitacji. Działania te zmierzają do osiągnięcia poziomu kultury społecznej, w której dostęp do rehabilitacji jest postrzegany jako podstawowe prawo człowieka;

zrozumienie wartości i pogłębienie współpracy między przedstawicielami specjalności MFIR a organizacjami pozarządowymi i stowarzyszeniami osób z niepełnosprawnością;

ustanowienie wszechstronnego i dobrze wyposażonego zaplecza dla systemów rehabilitacji w całej Europie w postaci sieci nowoczesnych ośrodków z wyspecjalizowanymi i odpowiednio wykształconymi interdyscyplinarnymi zespołami. System ten powinien uwzględniać również zaplecze dla funkcjonowania rehabilitacji środowiskowej w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu usług osobom z przewlekłą niepełnosprawnością;

wprowadzenie rozwiązań systemowych zapewniających odpowiedni poziom wykszolenia i kompetencji specjalistów MFIR we wszystkich krajach europejskich;

ustanowienie powszechnie obowiązujących wysokich standardów opieki zdrowotnej popartych dowodami naukowymi. Standardy powinny uwzględniać monitorowanie jakości usług, jak i dostęp do technologii wspomagających funkcjonowanie;

wprowadzenie współczesnych rozwiązań technicznych do praktyki MFIR. Aspekt ten ma duże znaczenia dla poprawy wyników osiąganych w rehabilitacji. Postęp technologiczny powinien mieć znaczący udział w poprawie szans samodzielności i podwyższenia jakości życia osób z niepełnosprawnością w Europie;

wspieranie działalności naukowej i badawczej w dziedzinie rehabilitacji i przeznaczenie na ten cel odpowiednich nakładów to działania perspektywiczne prowadzące do poprawy wyników rehabilitacji osób dotkniętych niepełnosprawnością;

wspieranie środowisk, w których osoby z niepełnosprawnością mogą w pełni uczestniczyć w życiu społecznym. Promocja takich warunków należy do zadań specjalisty MFIR pracującego z osobami z niepełnosprawnością.

Wszystkie spośród omówionych działań służą poprawie szansy udziału w społeczeństwie osób z niepełnosprawnością w Europie.

<sup>9</sup> Współczynnik Impact Factor wzmiankowanych czasopism w 2011 roku: „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” (oficjalne czasopismo American Congress of Rehabilitation Medicine) 2,282; „Clinical Rehabilitation” 2,123, „Journal of Rehabilitation Medicine”, 2,049, „Disability and Rehabilitation” 1,498, „European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine (Europa Medicophysica) 1,402; (przyp. tłum. źródło: <http://impactfactor.pl/> cytowane 09 lutego 2013)

## 9. Piśmiennictwo

1. European Academy of Rehabilitation Medicine, European Federation of Physical and Rehabilitation Medicine, European Union of Medical Specialists (Physical and Rehabilitation Medicine Section): White Book on Physical and Rehabilitation Medicine. Universidad Complutense de Madrid; 1989.
2. Martin J, Meltzer H, Eliot D. Report 1: The Prevalence of Disability among Adults. Office of Population, Census and Surveys, Social Survey Division. OPCS Surveys of Disability in Great Britain, 1988–89. London: HMSO; 1988.
3. Bax MCO, Smythe DPL, Thomas AP. Health care for physically handicapped young adults. *BMJ* 1988; 296: 1153–1155.
4. UEMS-PRM-Section: Definition of Physical and Rehabilitation Medicine. [www.euro-prm.org](http://www.euro-prm.org), 2005.
5. Ward AB, Chamberlain MA. Disabled Young Adults. W: Rehabilitation of the Physically Disabled Adult, Wyd. 2. Evans CD, Goodwill J, Chamberlain MA, Eds. London: Chapman & Hall; 1996
6. Dennis M, Langhorne P. So stroke units save lives: where do we go from here? *BMJ* 1994; 309: 1273–1277.
7. Beyer HM, Beyer L, Ewert Th, Gadomski M, Gutenbrunner Chr, Kröling P, Pages Hl, Sidel E, Smolenski U, Stucki G. Weißbuch Physikalische Medizin und Rehabilitation. *Physikalische Medizin: Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin* 2002; 12: M1-M.30.
8. Deutscher Bundestag (2004): Unterrichtung durch die Bundesregierung: Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe. Drucksache 15/4575: Bundesdruckerei, Berlin; 2005; str. 146.
9. Rice-Oxley M, Turner-Stokes L. Effectiveness of brain injury rehabilitation. *Clin Rehabil.* 1999; 13 (Supl 1): 7–24.
10. Redmond AD, Johnstone S, Maryosh J, Templeton J. A trauma centre in the UK. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 1993; 75: 317–320.
11. Templeton, J. Organising the management of life-threatening injuries. *J Bone Joint Surg Br* 1994; 76: 3–5.
12. Kaste M, Skyhoj Olsen T, Orgogozo J, Bogousslavsky J, Hacke W. Organization of stroke care: education, stroke units and rehabilitation. *European Stroke Initiative (EUSI). Cerebrovasc Dis* 2000; 10 (Supl 3): 1–11.
13. Anonymous. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Stroke Unit Trialists' Collaboration*. [aktualizacja w: *Cochrane Database of Systematic Reviews*]. 2002; *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
14. National Clinical Guidelines for Stroke, 2nd Edn. Clinical Effectiveness and Evaluation Unit, Royal College of Physicians. London. 2004. Royal College of Physicians of London.
15. Turner-Stokes L, Nyein K, Halliwell D. The Northwick Park care needs assessment (NPCNA): a directly costable outcome measure in rehabilitation. *Clin Rehabil.* 1999; 13: 253–267.
16. Livingston MG, Brooks DM, Bond MR. Patient outcome in the year following severe head injury and relatives' psychiatric and social functioning. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1985; 48: 876–881.
17. British Society of Rehabilitation Medicine Working Party Report on Traumatic Brain Injury. *British Society of Rehabilitation Medicine*: London; 1998.
18. McLellan DL. Rehabilitation. *BMJ* 1991; 303: 355–357.
19. Bent N, Tennant A, Swift T, Posnett J, Chamberlain MA. Team approach versus ad hoc health services for young people with physical disabilities: a retrospective cohort study. *Lancet* 2002; 360: 1280–1286.
20. World Health Organisation. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*: Geneva: WHO; 2001.
21. Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disabil Rehabil* 2002; 24: 932–938.
22. Brandt E, Pope A. (Eds.) *Enabling America: Assessing the Role of Rehabilitation Science and Engineering*. Washington, DC: National Academy Press, 1977.
23. Stucki G. Rehabilitation medicine in rheumatic diseases. *Curr Opin Rheumatol* 2003; 15: 132–133.
24. Stucki G, Kroeling P. Principles of rehabilitation. In: *Rheumatology*, 3rd Edition, Vol. 1. Hochberg, Silman, Smolen, Weinblatt, Weisman (Eds.). Mosby of Elsevier Ltd, 2003: 517–530.
25. Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustun BT, Stucki G. Identification of candidate categories of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) for a Generic ICF Core Set based on regression modelling. *BMC Medical Research Methodology* 2006; 6: 36.
26. Stucki G, Sigl T. Assessment of the impact of disease on the individual. *Best Practice & Research in Clinical Rheumatology* 2003; 17: 451–473.
27. Stucki G, Sangha O. Principles of rehabilitation. W: *Rheumatology*, 2. Wyd. Rozd. 3: Klippel JH, Dieppe PA, Eds. London: Mosby; 1997. str. 11.1–11.14.
28. Medical Rehabilitation for people with physical and complex disabilities. Report of a working party. *Journal of Royal College of Physicians of London*, 2000.
29. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther* 2002; 82: 1098–1107.
30. Cieza A, Ewert T, Ustun TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. *J Rehabil Med* 2004 (44 Supl): 9–11.
31. Stucki G, Grimby G. Applying the ICF in medicine. *J Rehabil Med* 2004 (44 Supl): 5–6.
32. Ustun B, Chatterji S, Kostanjsek N. Comments from WHO for the Journal of Rehabilitation Medicine Special Supplement on ICF Core Sets. *J Rehabil Med* 2004 (44 Supl): 7–8.
33. Stucki G, Cieza A. Understanding functioning, disability and health in rheumatoid arthritis – the basis for rehabilitation care. *Curr Opin Rheumatol* 2005; 17: 183–189.
34. UN Standard Rules to provide persons with disability full participation and equality. New York: United Nations; 1994.
35. EU Council of Ministers Meeting, Malaga: European Union; 2003.
36. Rehabilitation and integration of people with disabilities: policy and integration. Strasbourg: Council of Europe Publishing, Wydanie 7: 2003; str. 369.
37. A coherent policy for people with disabilities. 1992. Recommendation R (92) 6. Council of Europe. Strasbourg.
38. The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities (approved by UNO, 20 December 1993). New York: United Nations; 1994.
39. Legh Smith, JA, Denis R, Enderby PM. Selection of aphasic stroke patients for intensive speech therapy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1987; 50: 1488–1492.
40. Warner R. Stroke rehabilitation: benefits of educational initiatives. *Br J Nursing* 2000; 9: 2155–2162.
41. Grahn BE, Borgquist LA, Ekdahl CS. Rehabilitation benefits highly motivated patients: a six-year prospective cost-effectiveness study. *Int J Technol Assess Health Care* 2004; 20: 214–221.
42. Turner-Stokes L, Disler PB, Nair A, Wade DT. Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3): CD004170: 2005.
43. Wade DT. Community rehabilitation, or rehabilitation in the community? *Disabil Rehabil* 2003; 25: 875–881.
44. Turner-Stokes L. The evidence for the cost-effectiveness of rehabilitation following acquired brain injury. *Clin Med* 2004; 4: 10–12.
45. Melin R, Fugl-Meyer AR. On prediction of vocational rehabilitation outcome at a Swedish employability institute. *J Rehabil Med* 2003; 35: 284–289.
46. Didier JP. La plasticité de la fonction motrice. *Collection de l'Académie européenne de Médecine de Réadaptation*. Springer Verlag; Paris: 2004, str. 476.
47. Krauth C, Hessel F, Klingelhöfer HE, Schweißert B, Hansmeier T, Wasem J. Gesundheitsökonomische Evaluation von Rehabilitationsprogrammen im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften. *Rehabilitation* 2005; 44: e46–e56.

48. Boyd LA, Winstein CJ. Impact of explicit information on implicit motor-sequence learning following cerebral artery stroke. *Phys Ther* 2003; 83: 976–989.
49. Friberg F, Scherman MH: Can a teaching and learning perspective deepen understanding of the concept of compliance? A theoretical discussion. *Scand J Caring Sci* 2005; 19: 274–279.
50. André JMF. Fondements, stratégies et méthodes en médecine physique et de réadaptation. W: *Traité de médecine physique et de réadaptation*. Held JP, Dizien O (Redd.). Paris: Flammarion; 1999: 3–13.
51. SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Beck-Texte. Dt. München: Taschen-buch-Verlag; 2001.
52. Garraway GM, Akhtar AJ, Prescott RJ, Hockey L. Management of acute stroke in the elderly: follow-up of a controlled trial. *BMJ*; 1980; 281: 827–829.
53. Mazaux JM, De Seze M, Joseph PA, Barat M. Early rehabilitation after severe brain injury: a French perspective. *J Rehabil Med* 2001; 33: 99–109.
54. Wade D. Investigating the effectiveness of rehabilitation professions – a misguided enterprise? *Clin Rehabil* 2005; 19: 1–3.
55. Quintard B, Croze P, Mazaux JM, Rouxel L, Joseph PA, Richer E, et al. Life satisfaction and psychosocial outcome in severe traumatic brain injuries in Aquitaine. *Ann Readapt Med Phys* 2002; 45: 456–465.
56. McLellan DL. Targets for Rehabilitation. *BMJ* 1985; 290: 1514.
57. Nybo T, Sainio M, Muller K. Stability of vocational outcome in adulthood after moderate to severe pre-school brain injury. *J Int Psychol Soc*. 2004; 10: 719–723.
58. Association of British Neurologists, NeuroConcern Group of Medical Charities, British Society of Rehabilitation Medicine. Neurological Rehabilitation in the United Kingdom. Report of a Working Party. London. British Society of Rehabilitation Medicine; 1992.
59. NHS and Community Care Act 1990. London: HMSO; 1990.
60. Hall KM, Cope N. The benefits of rehabilitation in traumatic brain injury: a literature review. *J Head Trauma* 1995; 10: 1–13.
61. Verplancke D, Snape S, Salisbury CF, Jones PW, Ward AB. A randomised controlled trial of the management of early lower limb spasticity following acute acquired severe brain injury. *Clin Rehabil* 2005; 19: 117–125.
62. Stucki G, Stier-Jarmer M, Gadomski M, Berleth B, Smolenski U. Indikationsübergreifende Frührehabilitation. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 2002; 12: 146–156.
63. Glaesner, JJ, Harloff KJ, van de Weyer Th. Rehabilitation im Akutkrankenhaus. Fortschritt und Fortbildung in der Medizin Band 29. Dt. Ärzteverlag, Köln; 2005: 13–19.
64. Franchignoni F, Salaffi F. Generic and specific measures for outcome assessment in orthopaedic and rheumatological rehabilitation. p58. W: *Advances in Physical Medicine & Rehabilitation: Assessment in Physical Medicine and Rehabilitation*, Redd. Barat M, Franchignoni F. Maugeri Foundation Books, Pavia. (ISBN 88-7963-180-2). 2004.
65. Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain. (Cochrane Review). W: *The Cochrane Library Issue 4*, UK: John Wiley & Sons Ltd, 2004.
66. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhainen M, Hurri H, Koes B. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for subacute low back pain among working age adults. (Cochrane Review). W: *The Cochrane Library Issue 4*, UK: John Wiley & Sons Ltd, 2004.
67. UEMS Charter on Specialty Training EC Directive 93/16/EEC. Brussels. European Commission; 5 kwietnia 1993.
68. Pradat-Diehl P, Azouvi P. Fonctions executives et rééducation. Masson Paris; 2006.
69. Azouvi P, Perrier D, Van der Linden M. La rééducation en neuropsychologie. Solal Marseille; 1999.
70. Mazaux JM, Ed. Aphasie. Masson; Paris, 2000.
71. Tennant A. Principles and Practice of Measuring Outcome. W: *Advances in Physical Medicine & Rehabilitation: Assessment in Physical Medicine and Rehabilitation*, Redd. Barat M, Franchignoni F. Maugeri Foundation Books, Pavia. (ISBN 88-7963-180-2). 2004: 35.
72. Bethoux F, Calmels P. Guide de mesure et d'évaluation en médecine physique et de réadaptation. Paris: Roche; 2003.
73. State University of New York at Buffalo. Guide to the use of the uniform dataset for medical rehabilitation (adult FIM). Version 4. Buffalo, NY: State University of New York at Buffalo; 1993.
74. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med J*. 1965; 14: 61–65.
75. Mau W, Güllich M, Gutenbrunner C, Lampe B, Morfeld M, Schwarzkopf SR, Smolenski UC. Lernziele im Querschnittsbereich Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren nach der 9. Revision der Approbationsordnung für Ärzte. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 2004; 14: 308–318.
76. Ward AB. Physical & Rehabilitation Medicine in Europe. *J Rehabil Med* 2006; 38; 81–86.
77. Heilporn A, Andre JM, Didier JP, Chamberlain MA. Violence to and maltreatment of people with disabilities: a short review. *J Rehabil Med* 2006; 38: 10–12.
78. National Rehabilitation Guidelines –Italian National Health Service- Ministry of Health Official Bulletin, Rome, Czerwiec 1998.
79. SPREAD National Stroke Guidelines- Italian National Health Service. 2001. [www.sanita.it](http://www.sanita.it).
80. Brain Injury Guideline – Modena and Verona national Consensus Conference- 2001/2005. [www.sanita.it](http://www.sanita.it)
81. The Department of Health and Social Security: OPCS Surveys of disability in Great Britain Report 1: The prevalence of disability among adults. 1988 (ISBN 0 11 691229 4).
82. Fifty-Eighth World Health Assembly: Resolution 58.23, "Disability, including prevention, management and rehabilitation" Geneva, World Health Organisation, 2005.

**ZAŁĄCZNIK Ia.****Propozycja nowej definicji opartej na modelu ICF**

(Dzięki uprzejmości: G. Stucki i J. Melvin we współpracy z Komitetem Praktyki Profesjonalnej Sekcji UEMS-PRM)

Według zintegrowanego modelu funkcjonowania człowieka WHO, Medycyna Fizykalna i Rehabilitacja jest specjalnością medyczną uwzględniającą rehabilitację jako podstawową strategię zdrowia. Stosuje i przyjmuje podejście biomedyczne i inżynierskie skupione na zdolnościach człowieka poprzez strategię opartą na wzmacnianiu zasobów i możliwości, którymi dysponuje jednostka poprzez stwarzanie udogodnionych warunków otoczenia i rozwój możliwości wykonawczych w interakcji ze środowiskiem. Działania obejmują diagnostykę i leczenie chorób. Podstawą skuteczności jest:

1) ocena funkcjonowania w odniesieniu do stanu zdrowia, czynników osobowych i środowiskowych, obejmująca również ustalenie prognozy; możliwości wpływu na rokowanie; identyfikację odległych celów leczenia, celów programu interwencji, cykli rehabilitacji i interwencji, jak również ocenę prawnych aspektów niepełnosprawności;

2) wykonywanie i stosowanie interwencji biomedycznych i inżynierskich dla poprawy zdolności wykonawczych pacjenta. Interwencje obejmują między innymi: fizykoterapię, postępowanie przeciwbólowe, interwencje neuropsychologiczne; żywieniowe i farmakologiczne; rozwiązania techniczne w postaci np. implantów, protez i ortoz, wyrobów pomocniczych i urządzeń mających na celu wyrównanie niedoborów funkcji i struktur ciała. Działania te mają na celu redukcję bólu, męczliwości i innych objawów, profilaktykę upośledzenia, redukcję ryzyka powikłań medycznych (np. depresji, odleżyn, zakrzepicy, przykurczów stawowych, osteoporozy, upadków) i kompensację niewykształconych lub utraconych funkcji i struktur ciała;

3) prowadzenie i koordynowanie programów interwencji w celu uzyskania powtarzalnego, interdyscyplinarnego procesu rozwiązywania problemów o optymalnej wydajności. Programy powinny uwzględniać wykonywanie i stosowanie interwencji biomedycznych, inżynierskich, społecznych, architektonicznych, psychologicznych, behawioralnych, edukacyjnych, z zakresu poradnictwa zawodowego;

4) formułowanie wytycznych dla pacjentów i osób z ich bezpośredniego otoczenia, usługodawców i płatników w procesie ciągłej opieki od fazy leczenia szpitalnego do opieki środowiskowej;

5) zarządzanie rehabilitacją w systemie ochrony zdrowia i innych struktur świadczących usługi;

6) sprawowania doradztwa społecznego i edukacji osób i struktur podejmujących decyzje celem sformułowania wymogów i wdrażania polityki i programów opieki zdrowotnej. Wpływ ten odnosi się (a) do działań zmierzających do szeroko rozumianych fizycznych, społecznych i gospodarczych rozwiązań ułatwiających funkcjonowanie, (b) zapewnienia dostępu do rehabilitacji rozumianego jako prawo człowieka oraz (c) wsparcia specjalistów MFiR w szybkich i skutecznych działaniach podejmowanych wobec osób doświadczających lub zagrożonych niepełnosprawnością w celu osiągnięcia i utrzymania optymalnego poziomu funkcjonowania w środowisku fizycznym, społecznym i gospodarczym.

**ZAŁĄCZNIK Ib.****Medycyna Fizykalna i Rehabilitacja - opis specjalizacji**

Medycyna Fizykalna jest gałęzią medycyny, która dotyczy uzasadnionych dowodami naukowymi interwencji zmierzających do poprawy funkcjonowania somatycznego i psychicznego, poprzez zastosowanie zjawisk i oddziaływań fizjologicznych (np. odruchy, adaptacja funkcjonalna i neuroplastyczność), jak również ćwiczeń fizycznych i umysłowych. Oddziaływania te stosuje się po postawieniu diagnozy funkcjonalnej przy użyciu narzędzi oceny czynności, co należy do kompetencji specjalisty MFiR. Interwencje z dziedziny medycyny fizykalnej często są realizowane z udziałem interdyscyplinarnego zespołu pracy zespołowej, w składzie którego są fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi, przedstawiciele innych właściwych profesji, pracownicy socjalni, pedagodzy i bioinżynierowie (Patrz rozdział 5).

Rehabilitacja Medyczna koncentruje zainteresowanie nie tylko na funkcjonowaniu fizycznym, ale także na umożliwieniu pacjentom aktywnego uczestnictwa społecznego. Podejmowane działania znajdują odniesienie do definicji Rehabilitacji, która oznacza „aktywny proces, podczas którego osoby z niepełnosprawnością w wyniku urazu lub choroby osiągają powrót pełnych możliwości funkcjonalnych lub, jeśli pełne ich odzyskanie nie jest możliwe, realizują swój fizyczny, psychiczny i społeczny potencjał na optymalnym poziomie i w warunkach integracji z najbardziej dla nich właściwą społecznością” (2). Działania w tych obszarach są realizowane wobec osób z chorobami przewlekłymi, po urazach i z wrodzoną niepełnosprawnością. Realizacja celów odbywa się poprzez ćwiczenie w ośrodkach rehabilitacyjnych takich czynności jak samoobsługa, chodzenie, korzystanie z pojazdów, robienie zakupów, uczenie się i wiele innych. Listę przedstawiającą wszystkie rodzaje aktywności właściwe człowiekowi przedstawia Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) (9) (patrz rozdział 3).

**ZAŁĄCZNIK II****Przykłady zaburzeń zdrowia najczęściej spotykanych przez Specjalistów Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji***Konsekwencje urazów takich jak:*

- uraz mózgu;
- uraz rdzenia kręgowego;
- urazy wielomiejscowe i wielonarządowe;
- urazy plotu ramiennego i nerwów obwodowych;
- urazy sportowe;
- urazy związane z przewlekłą chorobą lub niepełnosprawnością;
- urazy w przebiegu wypadków przy pracy.

*Zaburzenia układu nerwowego:*

- udar naczyniowy, w tym krwawienie podpajęczynówkowe;
- przewlekłe zaburzenie neurologiczne takie jak stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona;
- infekcje i ropnie ośrodkowego układu nerwowego;
- guzy ośrodkowego układu nerwowego;

uszkodzenie neurologiczne w przebiegu schorzeń kręgosłupa;  
choroby nerwowo-mięśniowe i miopatie;  
zespół post-polio;  
neuropatie obwodowe, w tym zespół Guillain-Barré i neuropatie uciskowe;  
choroba Alzheimera  
zaburzenia wrodzone – dziecięce porażenie mózgowe, rozszczep kręgosłupa, itp.;  
rzadkie choroby wrodzone.

*Choroby z bólem ostrym i przewlekłym:*

amputacje kończyn (w wyniku urazu, chorób układu naczyniowego i chorób nowotworowych);  
stany po leczeniu operacyjnym (w tym stany po przeszczepach narządów), stany spotykane podczas intensywnej terapii (w tym krytyczne polineuropatie i następstwa unieruchomienia (spadek wydolności fizycznej) i niewydolność wielonarządowa).

*Choroby układu mięśniowo-szkieletowego:*

choroby kręgosłupa  
ostre i przewlekłe zespoły bólowe dolnego odcinka kręgosłupa;  
choroby szyjnego odcinka kręgosłupa;  
choroby piersiowego odcinka kręgosłupa;  
zwyrodnienie i zapalenie stawów;  
inne mono-i poliartropatie zapalne;  
reumatyzm tkanek miękkich, (w tym fibromialgia);  
złożone choroby ręki i stopy;  
osteoporoza;  
przewlekłe zespoły bólowe (mięśniowo-szkieletowe);  
zespoły bólowe w przebiegu chorób zawodowych;  
zespół przewlekłego zmęczenia i fibromialgia.

*Choroby układu sercowo-naczyniowego:*

choroba niedokrwienności serca;  
niewydolność krążenia;  
choroby zastawek;  
kardiomiopatie;  
choroby naczyń obwodowych, amputacje z przyczyn naczyniowych;  
nadciśnienie tętnicze.

*Choroby układu oddechowego:*

dychawica oskrzelowa;  
przewlekła obturacyjna choroba płuc;  
zwłóknienie płuc;  
pylica płuc, w tym azbestoza i konsekwencje inne narażeń przemysłowych.

*Otyłość i choroby metaboliczne:*

cukrzyca;

zespoły metaboliczne, hiperlipidemia i hiperurykemia.

*Choroby dróg moczowych:*

przewlekła niewydolność nerek;  
guzy układu moczowego, w tym rak gruczołu krokowego;  
przerost gruczołu krokowego;  
nietrzymanie moczu - np. wysiłkowe nietrzymanie moczu i pooperacyjne nietrzymanie moczu.

*Choroby układu pokarmowego:*

choroba Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego;  
funkcjonalne zaburzenia żołądkowo-jelitowe.

*Zaburzenia seksualne (inne niż neurogenne):*

problemy seksuologiczne;  
zaburzenia erekcji.

*Choroby zakaźne i zaburzenia odpornościowe:*

stan po przeszczepie szpiku kostnego;  
następstwem zakażenia wirusem HIV.

*Choroby nowotworowe i ich konsekwencje, w tym następstwa leczenia onkologicznego i leczenie paliatywne.*

*Zaburzenia związane z wiekiem:*

choroby dzieci, w tym wady wrodzone, skolioza idiopatyczna, choroba Perthesa, rozszczep kręgosłupa, itp.;  
zaburzenia w przebiegu procesu starzenia się.

**ZALĄCZNIK III**

**Specjaliści Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji w krajach członkowskich UEMS**

Kraj	Ogólna liczba lekarzy	Ogólna liczba lekarzy specjalistów	Ilość specjalizacji	Praktykujący lekarze specjaliści MFIR (PRM)	Lekarze w trakcie specjalizacji z MFIR (PRM)	Ilość specjalistów PRM na 100 tys. mieszkańców	Populacja
Austria	29.100	13.150	44	134 <sup>11</sup>	85	1,85	7.300.000
Belgia	38.700	16.365	24	450	80	4,40	10.240.000
Bośnia i Hercegowina* <sup>12</sup>				110			4.000.000
Bułgaria <sup>13</sup>				380			7.200.000
Chorwacja*	15,600	8.200	43	299 <sup>14</sup>	40	6,80	4.600.000
Cypr	2.000	1.850	41	9	-	0,90	1.000.000
Czechy	35.000	27.000	80	483	130	4,67	10.300.000
Dania	15.000	6.000	23	120	0	2,18	5.500.000
Estonia	8,968	4,312	40	158 <sup>15</sup>	-	11,70	1,351,000
Finlandia	19,000	10,500	35	152 <sup>16</sup>	30	2,92	5.200.000
Francja	183,700	95,000	38	1,760 <sup>17</sup>	125	2,97	61.300.000
Grecja	60,700	15,200	37	164 <sup>18</sup>	33	1,49	11.000.000
Hiszpania	157,900	70,000	51	2,150 <sup>19</sup>	292	4,89	44.000.000
Holandia	39,800	16,500	27	248 <sup>20</sup>	78	1,65	15.000.000
Irlandia	6.050	4.650	51	5 <sup>21</sup>	2	0,13	4.000.000
Islandia*	900	-	33	10	3	3,72	270.000
Litwa	brak danych						
Luksemburg	810	520		8 <sup>22</sup>	0	2,00	400.000
Łotwa	8,588	7,437	46	120	7	5,42	2.300.000
Macedonia** <sup>23</sup>				139			2.000.000
Malta				1	0	0,25	400.000
Niemcy	394,432	261,437	43	1,571	65	1,96	80.000.000
Norwegia*	18,404	13,982	30	183 <sup>24</sup>	58	3,00	4.300.000
Polska	109,000	65,000	58	900 <sup>25</sup>	120	2,3 <sup>26</sup>	39.000.000
Portugalia	29,950	14,530	46	325 <sup>27</sup>	100	3,25	10.000.000
Rumunia	44,630	37,670	58	690 <sup>28</sup>	164	3,14	22.000.000
Serbia i Czarnogóra*	25,000	20,000	41	610	120	5,80	10.500.000
Słowacja	brak danych			(-) <sup>29</sup>			
Słowenia	4,547	3,362	39	68 <sup>30</sup>	19	3,40	2.000.000
Szwajcaria*	25,251	23,171	44	269	50	3,59	7.502.000
Szwecja	27,000	17,600	60	160	20	1,88	8.500.000
Turcja*	91,000	33,000	361.300	1.300 <sup>31</sup>	200	1,86	70.000.000
Węgry	40,829	29,280	92	140 <sup>32</sup>	27	1,38	10.117.000
Wielka Brytania	150,000	21,000	58	129 <sup>33</sup>	57	0,27	58.000.000
Włochy	307,600	160,000	45	2.200 <sup>34</sup>	350	3,85	59.000.000

\* kraj spoza Unii Europejskiej

<sup>10</sup> Tabela odwołuje się do danych z 2006 roku (przyp. tłum.)

<sup>11</sup> 291 - według danych European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (2012) (przyp. tłum.)

<sup>12</sup> według danych European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (2012) (przyp. tłum.)

<sup>13</sup> Tamże

<sup>14</sup> 396 - według danych European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (2012) (przyp. tłum.)

<sup>15</sup> 90 - według danych European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (2012) (przyp. tłum.)

<sup>16</sup> 160 - według danych European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (2012) (przyp. tłum.)

<sup>17</sup> 1900 - według danych European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (2012) (przyp. tłum.)

<sup>18</sup> 158 - według danych European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (2012) (przyp. tłum.)

<sup>19</sup> 1600 - według danych European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (2012) (przyp. tłum.)

<sup>20</sup> 446 - według danych European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (2012) (przyp. tłum.)

<sup>21</sup> 8 - według danych European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (2012) (przyp. tłum.)

<sup>22</sup> 18 - według danych European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (2012) (przyp. tłum.)

<sup>23</sup> według danych European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (2012) (przyp. tłum.)

<sup>24</sup> 250 - według danych European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (2012) (przyp. tłum.)

<sup>25</sup> 1.934 specjalistów (dane Ministerstwa Zdrowia z 2012 roku) (przyp. tłum.)

<sup>26</sup> 4,96 (przyp. tłum.)

<sup>27</sup> 470 - według danych European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (2012) (przyp. tłum.)

<sup>28</sup> 770 - według danych European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (2012) (przyp. tłum.)

<sup>29</sup> 445 - według danych European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (2012) (przyp. tłum.)

<sup>30</sup> 96 - według danych European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (2012) (przyp. tłum.)

<sup>31</sup> 1.673 - według danych European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (2012) (przyp. tłum.)

<sup>32</sup> 307 - według danych European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (2012) (przyp. tłum.)

<sup>33</sup> 350 - według danych European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (2012) (przyp. tłum.)

<sup>34</sup> 3.000 - według danych European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (2012) (przyp. tłum.)



#### ZAŁĄCZNIK IV

##### Narzędzia diagnostyczne i ocena w Medycynie Fizykalnej i Rehabilitacji

Poniższa lista prezentuje obszary diagnostyki i oceny w MFiR:

###### Rozpoznanie choroby:

wywiad;  
badanie kliniczne;  
badania dodatkowe (np. obrazowe, itp.).

###### Ocena funkcji:

funkcjonalne badanie przedmiotowe (badanie mięśni, zakresów ruchomości, koordynacji, sprawności);  
standaryzowane testy kliniczne (test timed up and go (TUG), test functional reach (FR), test sit to stand i inne);  
testy aparaturowe (dynamometria: ocena wytrzymałości i siły mięśniowej; elektrodiagnostyka itp.);  
skale, kwestionariusze, funkcjonalne pomiary wyników leczenia;  
badania somatosensoryczne (dotyk, temperatura, nacisk, ból, itp.);  
ocena postawy ciała, mobilności; zasięgu, czynności chwytnej i manipulacyjnej;  
badanie czucia i narządów zmysłów;  
badanie funkcji połykania i stanu odżywienia;  
badanie seksualności;  
ocena kontroli oddawania moczu;  
badanie trofiki tkanek (dotyczy problemów skórnych i odleżyn);  
ocena funkcji wydalniczych (defekacja/ opróżnianie pęcherza moczowego);  
ocena funkcji komunikacyjnych (funkcja mowy, językowe i komunikacja niewerbalna);  
ocena nastroju, zachowania, osobowości;  
ocena ogólnych parametrów zdrowia, itp.;  
badanie neuropsychologiczne (postrzeganie, pamięć, funkcje wykonawcze, koncentracja i inne).

###### Ocena czynności i uczestnictwa:

wywiad, wywiad strukturalny i ocena kwestionariuszowa;  
istotne czynniki środowiskowe,  
sytuacja społeczna, rodzina, znajomi, społeczność, zatrudnienie i stosunki z pracodawcą, warunki finansowe, inne zasoby, itp.;  
potrzeba w zakresie opieki;  
potrzeba w zakresie zaopatrzenia rehabilitacyjnego i wyposażenia technicznego (np. wózki inwalidzkie);  
przystosowanie środowiska (np. Środowiska zamieszkania).

###### Specjalistyczna ocena czynnościowa:

Laboratoryjna analiza chodu, z wykorzystaniem aparatury służącej do:

oceny kinematycznej – analiza wzorców ruchowych z oceną parametrów czasowych i przestrzennych (goniometria/elektrogoniometria, akcelerometria, systemy optoelektroniczne, rejestracja cyfrowa wideo ze specjalistycznym oprogramowaniem, itp.);

oceny kinetycznej – analiza sił oddziaływania podłoża (platformy dynamometryczne, platformy pedobarograficzne, wkładki sensoryczne, przenośne chodniki tensometryczne, itp.);

analizy czynności elektrycznej wybranych mięśni;

analizy kosztu metabolicznego ruchu.

Ocena ilościowa równowagi i innych zadań ruchowych (posturografia statyczna i dynamiczna, długookresowe monitorowanie czynności, itp.).

Wydolność w czynnościach złożonych i zajęciach: czynności życia codziennego i zarządzanie gospodarstwem domowym, czynności związane z pracą zawodową (w tym oceny zdolności funkcjonalnej do pracy i analizy miejsca pracy), ocena zdolności kierowania pojazdami, wydolność w czynnościach rekreacyjnych.

#### ZAŁĄCZNIK V

##### Zakres szkolenia i wiedzy teoretycznej wymagany do Egzaminu Europejskiej Rady Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji (wersja 2005)

###### A. Wiedza podstawowa w zakresie specjalizacji

*WSTĘP: filozofia, cele i metodologia Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji.*

1. Historia specjalizacji.
2. Niepełnosprawność i proces rehabilitacji.
  - a) Model medycyny tradycyjnej.
  - b) Model Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji.
  - c) Proces rehabilitacji.
3. Medycyna Fizykalna i Rehabilitacja jako specjalność autonomiczna.
  - a) Kryteria specjalności autonomicznej.
  - b) Filozofia.
  - c) Cele.
  - d) Metodologia.
4. Rola specjalisty Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji.
  - a) Zadania medyczne.
  - b) Zadania medyczno-społeczne.
  - c) Cele i standardy specjalności.
  - d) Praca zespołu interdyscyplinarnego.

###### Rozdział 1. Podstawy MFiR

1. Zasady biomechaniki ogólnej, kinetyki i kinematyki. Siły, wzajemne oddziaływania sił, dźwignie, momenty, energia, praca, bezwładność,

przyspieszenie.

2. Zasady zachowania materiałów poddawanych obciążaniu, wytrzymałość. Ogólne zrozumienie pojęcia przeciążenia i konsekwencji przeciążenia. Charakterystyka materiałów jednorodnych i kompozytowych. Podstawowa wiedza na temat pomiarów przeciążeń i deformacji różnych materiałów.

3. Biomechanika: ogólne zrozumienie zastosowań powyższych zagadnień do tkanki żywej. Biomechanika różnych tkanek ciała człowieka (szczególnie tkanek układu ruchu). Elementarna wiedza na temat biomechaniki płynów i ich zastosowanie do płynów ciała człowieka.

4. Badanie czynności ruchowej człowieka.

a) Kinezylogia ogólna.

Systemy dźwigni w ciele człowieka; różne elementy dźwigni w układzie ruchu.

Wiedza na temat struktur stawu, klasyfikacja i charakterystyka ruchów stawowych.

Skurcze mięśniowe, opór wewnętrzny i zewnętrzny, skrócenie mięśni i zakresu ruchu stawowego. Czynniki ograniczające zakres ruchomości. Różne typy mięśni. Różne rodzaje skurczu mięśniowego, mięśnie jedno- i wielostawowe. Skurcze statyczne lub izometryczne, skurcze dynamiczne lub izokinetyczne.

Skurcze plyometryczne. Agonizm, antagonizm, synergia mięśni. Łańcuchy kinetyczne.

b) Kinezylogia szczegółowa.

Fizjologia i funkcja stawów i mięśni: kręgosłup i kończyny. Ta część programu wymaga wstępnej wiedzy szczegółowej w zakresie anatomii układu ruchu.

c) Kinezylogia stosowana.

Zastosowanie powyższej wiedzy do analizy postawy i ruchu w elementarnych czynnościach ludzkiego życia: postawy i pozycje ciała, gestykulacja, chwyt, lateralizacja funkcji, chód, bieg i skok.

5. Biochemiczny efekt ćwiczeń. Wydatek energetyczny, termoregulacja. Koszt fizjologiczny ćwiczeń, wpływ ćwiczeń na układ sercowo-naczyniowy i oddechowy.

6. Epidemiologia kliniczna, metodologia badań klinicznych. Statystyka.

7. Dowód naukowy w medycynie fizykalnej i rehabilitacji.

8. ICF.

9. Ocena funkcji poznawczych.

## Rozdział 2. Fizjologia i podstawy patofizjologii

1. Ośrodkowy układ nerwowy.
2. Obwodowy układ nerwowy.
3. Autonomiczny układ nerwowy.
4. Mięsień.
5. Złącze nerwowo-mięśniowe.
6. Neurofizjologia postawy i ruchu.
7. Mechanizmy powstawania bólu; interakcje bólu i ruchu.

## Rozdział 3. Ocena kliniczna i funkcjonalna w MFIR

1. Kliniczna i funkcjonalna ocena stawów i mięśni, czynności ruchowej i czuciowej.
2. Ocena funkcji poznawczych, mowy, funkcji językowych, pamięci, zachowania, itp.
3. Badania laboratoryjne i obrazowe. Racjonalne wykorzystanie współczesnych metod obrazowania dla celów medycyny fizykalnej i rehabilitacji.
4. Ilościowa ocena komputerowego zapisu zjawisk mechanicznych, kinetycznych (platformy do pomiaru sił), ruchowych lub kinematycznych (współczesne sposoby rejestracji przemieszczenia segmentów ciała).
5. Elektrodiagnostyka: elektromiografia, badania przewodnictwa nerwowego i potencjałów wywołanych.
6. Badania czynności oddechowej.
7. Badania czynności układu krążenia, saturacja tlenem, stopniowane próby czynnościowe, pomiar wydatku energetycznego.
8. Wyniki badań biochemicznych i histopatologicznych o znaczeniu dla medycyny fizykalnej i rehabilitacji.
9. Ocena funkcjonalna: wykorzystanie i zastosowanie ICF. Różne skale, narzędzia pomiarowe, testy i wskaźniki wykorzystywane w sytuacjach klinicznych właściwych dla medycyny fizykalnej i rehabilitacji.
10. Analiza postawy ciała i ruchu (w tym posturografia i ocena chodu).

## Rozdział 4. Terapia w MFIR

1. Fizjoterapia.
  - a) Znajomość elementarnych biernych i czynnych technik fizjoterapeutycznych. Różne techniki masażu ręcznego i dokonywanego z użyciem narzędzi. Techniki usprawniania w dysfunkcjach stawów (manualne i dokonywane z użyciem aparatury). Stymulacja aktywności mięśni, działania zmierzające do poprawy siły i wytrzymałości mięśniowej, poprawy zdolności ruchowych;
  - b) Specjalne metody fizjoterapeutyczne stosowane w różnych stanach.
    - Systemy Cyriaxa, Mennella, itp.
    - Techniki torowania nerwowo-mięśniowego, w tym np. metoda Kabata, Bobathów, Brunstrom, Votjy itp.
    - Leczenie obrzęku limfatycznego.
  - c) Ustalanie wskazań, przepisywanie, monitorowanie fizjoterapii: ogólna znajomość techniki fizjoterapeutycznej, wybór techniki w oparciu o wyniki oceny klinicznej i funkcjonalnej, typ choroby i indywidualne uwarunkowania pacjenta.
2. Oddziaływania właściwe dla fizjoterapii: wykorzystanie technik fizykalnych, wiedzy podstawowej, efekty oddziaływania, wskazania i przeciwwskazania.
  - a) Elektroterapia: leczenie prądami galwanicznymi, prądami impulsowymi o niskich, średnich i wysokich częstotliwościach.
  - b) Wibracja mechaniczna.
  - c) Biologiczne sprzężenie zwrotne.
  - d) Termoterapia: oddziaływanie zimna i ciepła.



- e) Balneoterapia.
3. Terapia zajęciowa.  
Podstawowe zasady ergonomii.  
Zasady i metodyka terapii zajęciowej.  
Materiały, wyposażenie, technologia i ocena w terapii zajęciowej.  
Zastosowania terapii zajęciowej: ćwiczenia mięśni i stawów, trening wydolnościowy, usprawnianie i reintegracja społeczna (ćwiczenia funkcji społecznych i rodzinnych, związanych z funkcjonowaniem domowym, zawodowym).  
Ocena zdolności do pracy zawodowej, doradztwo i szkolenia w tym zakresie.
4. Wyroby i technologie wspomagające funkcjonowanie.
- Biomateriały.
  - Opatrunki.
  - Ortozy (tułowia i kończyn).
  - Protezy: chirurgiczne wskazania do amputacji. Sprzęt techniczny stosowany w rehabilitacji osób po amputacjach kończyn.
  - Zaopatrzenie stomii.
  - Urządzenia wspomagające funkcjonowanie:

wyposażenie, narzędzia wspomagające funkcjonowanie w czynnościach codziennych, wyroby ułatwiające przemieszczanie (np. między wózkiem inwalidzkim a łóżkiem), lokomocję, wyposażenie domu wraz z systemami zdalnej kontroli otoczenia; urządzenia zarówno proste, jak i o znacznej technicznej złożoności mają na celu wspomaganie osób z niepełnosprawnością celem uzyskania większego stopnia niezależności oraz poprawy jakości życia,

g) doradztwo i decyzje kliniczne w zakresie zaopatrzenia w wózki inwalidzkie.

5. Terapia manualna.  
Patofizjologia medycyny manualnej. Anatomia czynnościowa. Badanie kliniczne kręgosłupa i kończyn. Zaburzenia funkcji segmentu kręgosłupa. Podstawy technik manualnych. Wskazania i przeciwwskazania do zabiegów manualnych. Potencjalne zagrożenia związane ze stosowaniem manipulacji. Badanie kliniczne i ocena funkcjonalna.
6. Reedukacja i terapia w zaburzeniach mowy i funkcji językowych, zasady i wyposażenie i technologie stosowane w logopedii. Rozwój języka w wieku dziecięcym. ocena funkcjonalna w logopedii i jej zastosowanie w usprawnianiu osób z problemami funkcji artykulacji, językowych (wyrażenie, rozumienie, czytanie i pisanie).  
Ocena i leczenie zaburzeń połykania.
7. Reintegracja społeczna osób z niepełnosprawnością. Zasady i metodyka psychologii klinicznej i interwencji społecznych (rehabilitacja środowiskowa). Ocena zdolności poznawczych (funkcja intelektualna, pamięć, koncentracja, zachowanie) i możliwości uczenia się. Zastosowane wyników oceny do oddziaływania na zdolności poznawcze, psychiczne i społeczne: poprawa pamięci i zdolności koncentracji, poprawa świadomości i wiedzy pacjenta i wsparcie w akceptacji niepełnosprawności, poprawa motywacji do udziału w rehabilitacji, modyfikacja nastroju, łagodzenie zaburzeń relacji interpersonalnych; szkolenie zawodowe i działania zapewniające finansowe bezpieczeństwo. Wywieranie wpływu na środowisko.
8. Usprawnianie neuropsychologiczne: ocena funkcjonalna i terapia.

9. Farmakoterapia: farmakokinetyka leków stosowanych w rehabilitacji medycznej, interakcje między działaniem leków a realizacją programu usprawniania i ćwiczeń leczniczych.
10. Techniki wkłuć, iniekcji, akupunktura.
11. Terapia pozaustrojową falą uderzeniową (extracorporeal shock wave therapy – ECSWT), zastosowanie w entezopatiach.
12. Interdyscyplinarne leczenie bólu.

## B. Zastosowanie w zaburzeniach zdrowia

W poniższych rozdziałach pominięto szczegółowy opis poszczególnych jednostek chorobowych. Wystarczy ustalić, że specjaliści Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji powinni znać narzędzia diagnostyczne, sposób oceny funkcjonalnej i zasady współczesnej terapii dla każdej grupy objawów klinicznych. Szczególnie istotna jest znajomość efektów usprawniania, wskazań i przeciwwskazań do jego stosowania.

### Rozdział 5. Pacjent unieruchomiony

1. Patofizjologia unieruchomienia. Wpływ na:
- Układ krążenia.
  - Układ oddechowy.
  - Układ pokarmowy.
  - Metabolizm (osteoporoza).
  - Układ moczowy.
  - Struktury skóry (odleżyny).
  - Mięśnie.
  - Układ ruchu.
  - Układ nerwowy i funkcje psychiczne.
2. Zapobieganie i leczenie wymienionych wyżej zaburzeń.

### Rozdział 6. Patologie układu ruchu osób dorosłych w MFIR

1. Stany nieurazowe.
- Choroby zapalne stawów, polimialgia reumatyczna, choroby tkanki łącznej.
  - Artropatie związane z odkładaniem kryształów, dna moczanowa, chondrokalcynoza.
  - Osteomalacja, osteoporoza.
  - Choroba Pageta.
  - Pierwotne i wtórne nowotwory złośliwe kości,
  - Reumatyzm pozastawowy.
  - Choroby nerwowo-mięśniowe.
  - Choroba zwyrodnieniowa stawów.
  - Choroby kręgosłupa.
  - Stan po endoprotezoplastyce.
  - Choroby ręki i stopy.
  - Podstawowa wiedza na temat leczenia operacyjnego stawów: artroskopia, artrotomia, artrodeza.

- n) Zespół przewlekłego zmęczenia i fibromialgia.
- o) Zespoły bólowe mięśniowo-powięziowe.
- 2. Stany po urazach u osób dorosłych.
  - a) Fizjologia i patofizjologia gojenia w obrębie tkanek układu ruchu.
  - b) Urazy więzadłowe i stany przeciążeniowe.
  - c) Zwichnięcia urazowe i nawykowe.
  - d) Złamania w obrębie kręgosłupa (bez powikłań neurologicznych), złamania kończyn: szczegółowe zasady leczenia, czas gojenia, zasady leczenia chirurgicznego np. osteotomii.
  - e) Szczególne choroby ręki i stopy.
- 3. Opatrzania.
  - a) Klasyfikacja.
  - b) Sposób leczenia.
  - c) Powikłania - zapobieganie i usprawnianie.

#### Rozdział 7. MFiR i Sport

Medycyna fizykalna i rehabilitacja w odniesieniu do aktywności sportowych. Sport osób z niepełnosprawnością.

#### Rozdział 8. MFiR w chorobach układu nerwowego

1. Ośrodkowy układ nerwowy.
  - a) Naczyniowe, nowotworowe, urazowe, zapalne, infekcyjne i zwyrodnieniowe choroby mózgu i rdzenia kręgowego.
  - b) Uszkodzenia rdzenia kręgowego o charakterze urazowym, nowotworowym i innym. Diagnostyka i leczenie uszkodzeń rdzenia kręgowego.
  - c) Choroby zwyrodnieniowe rdzeniowo-mózdkowe: choroba Friedreicha, Strumpell-Lorain, itp.
  - d) Dysfunkcje neuropsychologiczne.
2. Obwodowy układ nerwowy.
3. Zaburzenia funkcji narządów zmysłów.

#### Rozdział 9. MFiR w chorobach układu oddechowego

1. Podstawy oceny klinicznej w ostrych i przewlekłych zaburzeniach obturacyjnych i restrykcyjnych. Etiologia i zasady leczenia.
2. Zasady usprawniania: ocena czynnościowa na podstawie testów funkcjonalnych układu oddechowego.
  - a) Techniki czynnego i biernego drenażu oskrzelowego, drenaż ułożeniowy, technika oklepywania manualnego, techniki wspomagające oczyszczanie dróg oddechowych,
  - b) Edukacja pacjenta.
  - c) Wentylacja mechaniczna, wspomaganie oddechu, wspomaganie funkcji oddechowej w warunkach domowych. Postępowanie u pacjenta z tracheostomią.
  - d) Wyposażenie do wspomagania funkcji oddechowej.
  - e) Nadzór i monitorowanie leczenia.
3. Zastosowanie powyższych zasad.

#### Rozdział 10. MFiR w chorobach układu krążenia

1. Choroby serca
  - a) Rehabilitacja kardiologiczna osób z wadami zastawkowymi,
  - b) Rehabilitacja kardiologiczna osób po zawale mięśnia sercowego.
  - c) Rehabilitacja osób z kardiomiopatią.
  - d) Rehabilitacja osób po zabiegach kardiochirurgicznych.
2. Choroby naczyń.
3. Choroby tętnic.
  - a) Miażdżycza zarostowa tętnic kończyn dolnych: diagnostyka, miejsce rehabilitacji i stosowane techniki w różnych stadiach choroby.
  - b) Rehabilitacja osób po amputacji kończyn, pielęgnacja kikuta, protezyka.
4. Choroby żył.
  - a) Zapobieganie i leczenie zakrzepicy żył głębokich,
  - b) Owrzodzenie żyłne, żylaki.
5. Choroby układu limfatycznego.

#### Rozdział 11. Rehabilitacja i Medycyna Fizykalna w chorobach dzieci

1. Ocena rozwoju dziecka: rozwój psychomotoryczny, rozwój funkcji ruchowych, czuciowych, poznawczych. Badanie i ocena rozwoju.
2. Patofizjologia rozwojowa układu ruchu. Interakcje pomiędzy procesem wzrostu a nieprawidłowościami stawów i struktur mięśniowo-szkieletowych.
3. Neuropediatrics: mózgowo-porażenie dziecięce, rozszczep kręgosłupa z przepukliną oponowo-rdzeniową, rdzeniowe zaniki mięśni. Neuro-ortopedyczne następstwa zaburzeń układu nerwowego - zapobieganie, leczenie i monitorowanie.
4. Deformacje wrodzone układu mięśniowo-szkieletowego (kręgosłup, kończyny, agenezje szkieletowe, aplazje i dysplazje wrodzone, dysplazja stawu biodrowego, stopa szpotawa, inne wady stóp.
5. Zaburzenia wzrostu.
6. Asymetria długości kończyn dolnych.
7. Skolioza idiopatyczna, wrodzona, wtórna.
8. Urazy u dzieci: ogólna ocena i rehabilitacji dzieci z urazami, w szczególności oparzenia i amputacje u dzieci.

#### Rozdział 12. MFiR w zaburzeniach funkcji układu moczowego i dysfunkcjach seksualnych

1. Ocena funkcji kontroli oddawania moczu i stolca, ocena czynności zwieraczy.
2. Neurogenne i inne zaburzenia funkcji mięśni układu moczowego. Badanie urodynamiczne. Ocena funkcjonalna i leczenie.
3. Ocena funkcjonalna i leczenie w zaburzeniach funkcji zwieracza odbytu i w nadaktywności pęcherza i jelit.
4. Neurogenne zaburzenia seksualne. Cięża u kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

### **Rozdział 13. MFiR w zaburzeniach typowych dla wieku podeszłego**

1. Proces starzenia się a funkcjonowanie poszczególnych układów ciała:
  - a) Ośrodkowy i obwodowy układ nerwowy: starzenie się tkanki nerwowej, wpływ starzenia się na nastrój, funkcjonowanie mózgu i czynności odruchowe.
  - b) Układ mięśniowo-szkieletowy.
  - c) Układ krążenia i układ oddechowy.
2. Podstawowa wiedza na temat patologii typowych dla wieku podeszłego: epidemiologia, patologia, ewolucja zjawisk starzenia się i zasady leczenia.
3. Wskazania do prowadzenia terapii osób w podeszłym wieku w warunkach domowych i w instytucjach opiekuńczych.

### **Rozdział 14. Rehabilitacji Onkologicznej**

#### **Rozdział 15. Reintegracja społeczna i funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością i osób starszych w warunkach domowych**

1. Ogólna koncepcja systemów opieki zdrowotnej i społecznej w poszczególnych krajach Wspólnoty Europejskiej:
  - a) Systemy ubezpieczenia zdrowotnego i opieki społecznej.
  - b) Szpitale prywatne i publiczne.
  - c) Hospitalizacja domowa.
  - d) Opieka w warunkach domowych, środowiskowa opieka zdrowotna i socjalna, itd.
  - e) Sprawowanie pomocy i nadzoru drogą telefoniczną i z wykorzystaniem innych metod telekomunikacyjnych.
2. Wiedza w zakresie ogólnej organizacji rehabilitacji, miejsce i rola specjalisty MFiR w tych strukturach.

### **ZAŁĄCZNIK VI**

#### **Zasady ustawicznego kształcenia medycznego i doskonalenia specjalistów medycyny fizykalnej i rehabilitacji**

Każdy spośród specjalistów posiadających certyfikat Europejskiej Rady MFiR powinien zgromadzić w ciągu roku przynajmniej 50 punktów edukacyjnych. Wymóg ten nie jest obowiązkowy, jednak specjalista powinien wykazać w sumie 250 punktów w ciągu 5 lat. Przedłużenie ważności certyfikatu odbywa się dziesięć lat po jego uzyskaniu w oparciu o uzbiierane punkty edukacyjne. Mogą one być zdobyte w następujących okolicznościach:

1. Udział w wydarzeniach naukowych:
  - 1 punkt za jedną godzinę akademicką uczestnictwa (nie więcej niż 6 punktów dziennie), lub
  - 3 punkty za pół dnia,
  - 6 punktów na pełny dzień.
2. Prezentacja prac naukowych (w formie wykładów lub plakatów):
  - 5 punktów za każdą prezentację ustną dla osoby biorącej udział w akredytowanym wydarzeniu naukowym,
  - 3 punktów za każdą prezentację plakatową dla osoby biorącej udział

w akredytowanym wydarzeniu naukowym.

3. Publikacje w:
  - a) Czasopismach: 10 punktów do każdego autora.
  - b) Książkach: 10 punktów za każdy rozdział.
4. Działalność naukowa (np. złożenie pracy doktorskiej - 50 punktów).
5. Samokształcenie:
  - a) Indywidualna prenumerata czasopisma naukowego związanego z MFiR:
    - 5 punktów za czasopismo indeksowane, z ograniczeniem do 2 czasopism,
    - 3 punkty za czasopismo nieindeksowane.
  - b) Kształcenie w MFiR drogą wykładów e-learningowych: po przedstawieniu dowodu:
    - za każdy wykład 1 punkt lub inna ilość punktów, jeśli przydzielane punkty są zapisywane w programie elektronicznym.

## DELEGACI I CZŁONKOWIE ORGANIZACJI BIORĄCYCH UDZIAŁ W OPRACOWANIU BIAŁEJ KSIĘGI

### Delegaci do Sekcji UEMS-PRM z poszczególnych krajów

#### *Austria*

Prof. V Fialka-Moser  
Prof. M Quittan

#### *Belgia*

Prof. Th Lejeune  
Prof. G Vanderstraeten (Przewodniczący Europejskiej Rady Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji)

#### *Chorwacja*

Dr K Sekelj-Kauzlaric

#### *Cypr*

Dr N Christodoulou

#### *Czechy*

Dr J Vacek  
Dr J Votava

#### *Dania*

Dr L Krohn

#### *Finlandia*

Dr E Kyllönen  
Dr T Pohjolainen

#### *Francja*

Prof. A Delarque (Sekretarz Sekcji i Rady UEMS-PRM)  
Dr G de Korvin (Zastępca Sekretarza Sekcji i Rady UEMS-PRM)

#### *Grecja*

Prof. X Michail  
Dr K Stathi  
Dr M Tzara

#### *Hiszpania*

Prof. LP Rodriguez  
Dr S Munoz

#### *Holandia*

Prof. H Stam

Dr M Terburg (Skarbnik Sekcji i Rady UEMS-PRM)

#### *Irlandia*

Dr M Delargy  
Dr A McNamara

#### *Islandia*

Dr G Einarsson

#### *Litwa*

Dr. A Juocevicius

#### *Luksemburg*

Dr. G Grenod

#### *Łotwa*

Dr A Vetra  
Dr A Vetra

#### *Niemcy*

Prof. C Gutenbrunner (Przewodniczący Komitetu Praktyki Profesjonalnej Sekcji UEMS-PRM)  
Prof. G Stucki

#### *Norwegia*

Dr H Snekkevik

#### *Polska*

Prof. J Kiwerski

#### *Portugalia*

Dr P Cantista  
Dr F Parada- Pereira

#### *Rumunia*

Prof. M Berteanu

#### *Serbia i Czarnogóra*

Prof. G Devecerski

#### *Słowacja*

Dr A Skm

#### *Słowenia*

Dr H Damjan

Prof. C Marincek

*Szwajcaria*

Dr R Frischknecht

Dr D Uebelhart

*Szwecja*

Prof. J Borg

Prof B Sjölund (Przewodniczący Komitetu ds Klinicznych Sekcji UEMS-PRM)

*Turcja*

Prof. F Dinçer

Prof. Z Hasçelik

*Węgry*

Prof. T Bender

Prof. L Kullman

*Wielka Brytania*

Prof. DL McLellan

Dr AB Ward (Przewodniczący Sekcji UEMS-PRM)

*Włochy*

Prof. F Franchignoni

Prof. A Giustini

**Członkowie Europejskiej Akademii Rehabilitacji Medycznej -  
Académie Européenne de Médecine de Réadaptation**

Prof. M A Chamberlain (Wielka Brytania) (Przewodnicząca)

Prof. H Alaranta (Finlandia)

Prof. JM André (Francja)

Prof. M Barat (Francja)

Prof. A Bardot (Francja)

Prof. M P Barnes (Wielka Brytania)

Prof. C Bertolini (Włochy)

Prof. A Chantraine (Szwajcaria)

Prof. A Conradi (Niemcy)

Prof. A Delarque (Francja)

Prof. H Delbrück (Niemcy)

Prof. JP Didier (Francja)

Prof. J Ekholm (Szwecja)

Mr. W El Masry (Wielka Brytania)

Prof. M Eyssette (Francja)

Prof. V Fialka Moser (Austria)

Prof. F Franchignoni (Włochy)

Prof. J Garcia-Alsina (Hiszpania)

Prof. J Gatcheva (Bułgaria)

Prof. C Gobelet (Szwajcaria)

Dr A Heilporn (Belgia)

Prof. G Lankhorst (Holandia)

Prof. DL McLellan (Wielka Brytania)

Dr A McNamara (Irlandia)

Prof. R Maigne (Francja)

Prof. C Marincek (Słowenia)

Prof. G Megna (Włochy)

Prof. X Michail (Grecja)

Dr F Oelze (Niemcy)

Prof. LP Rodriguez Rodriguez (Hiszpania)

Prof. B Sjölund (Szwecja)

Prof. H Stam (Holandia)

Prof. G Stucki (Niemcy)

Prof. A Tonazzi (Włochy)

Prof. G Vanderstraeten (Belgia)

Dr AB Ward (Wielka Brytania)

Dr G Zäck (Szwajcaria)

**Europejskie Towarzystwo Medycyny Fizycznej i Rehabilitacji  
(European Society of Physical and Rehabilitation Medicine)**

Prof. H Stam (Holandia) (Przewodniczący)

Prof. A Giustini (Włochy) (Wiceprzewodniczący)

Prof. X Michail (Grecja) (Wiceprzewodnicząca)

Prof. G Vanderstraeten (Belgia) (Wiceprzewodniczący)

Dr A B Ward (Wielka Brytania) (Wiceprzewodniczący)

Prof. Z Hasçelik (Turcja) (Sekretarz)



**Ocena tłumaczenia „Białej Księgi” Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji w Europie.**

Tłumaczenie „Białej Księgi” na język Polski jest dokonaniem bardzo pożądanym, zwłaszcza w sytuacji, gdy w niektórych środowiskach rodzą się wątpliwości co do prawidłowej interpretacji pojęcia „rehabilitacja” i uprawnień specjalistów w zakresie rehabilitacji medycznej.

„Biała księga” zawiera podstawowe pojęcia w tym zakresie, określa struktury organizacyjne rehabilitacji, zasady kształcenia specjalistów medycyny fizykalnej i rehabilitacji, ich uprawnienia, kierownicze miejsce w zespole terapeutycznym. Podkreśla też upowszechnienie tej specjalizacji w większości krajów europejskich. Zawarto w niej również zarys działalności badawczo-naukowej prowadzonej w zakresie Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji, omówienie zadań i roli Europejskiego Towarzystwa Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji.

Dokument uzupełniony jest obszernym wykazem piśmiennictwa oraz szeregiem załączników, m.in.: projektem nowej definicji opartej na modelu ICF, opisem specjalizacji, przykładami najczęstszych dysfunkcji zdrowotnych będących przedmiotem działań specjalistów MF i R, a także – omawiających systemy diagnostyczne wykorzystywane w medycynie fizykalnej i rehabilitacji. Sprecyzowano też wymogi jakie powinien spełniać kandydat do uzyskania specjalizacji w omawianym zakresie. Tłumaczenie nie budzi wątpliwości językowych, w pełni oddaje sens i treści zawarte w oryginale.

*Prof. zw. dr hab. med. Jerzy E. Kiwerski*  
*Rektor Wyższej Szkoły Rehabilitacji.*





**Recenzja****Biała Księga Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji w Europie**

Bardzo dobrze, że Biała Księga Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji w Europie, przyjęta w 2006 roku, ukaże się w Polsce. Trzeba w tym miejscu wyrazić uznanie pomysłodawcom wydrukowania tej Księgi za podjęty trud, gdyż jest ona niezmiernie potrzebna dla wszystkich specjalistów reprezentujących różne zawody medyczne, zajmujących się rehabilitacją, osobom niepełnosprawnym i ich opiekunom oraz decydom w poszczególnych krajach Europy. W Księdze przedstawiono też specyfikę, uprawnienia i miejsce Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji w stosunku do innych specjalności lekarskich i zawodów medycznych.

Księga opracowana została przez wybitnych fachowców w wielu krajach Europy, szkoda, że bez udziału przedstawicieli z Polski. Jest to kompendium zawierające niezbędne podstawowe istotne fakty i określenia, struktury organizacyjne, zasady kształcenia specjalistów i organizacji rehabilitacji. W Księdze przedstawiono aktualną definicję rehabilitacji Światowej Organizacji Zdrowia oraz definicję według Sekcji Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów. Opisano w sposób bardzo kompetentny znaczenie rehabilitacji osób z niepełnosprawnością dla społeczeństwa i wykazano konkretne dowody, że wprowadzenie rehabilitacji powoduje wymierne efekty finansowe. Zaznaczono też, że specjalizacja z zakresu Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji jest jedną z niewielu specjalizacji uznawanych w Europie w 28 państwach członkowskich Wspólnoty Europejskiej. W roku 2006 jedynie w Dani i na Malcie taka specjalizacja nie funkcjonowała. Przedstawiono też w sposób nowoczesny znaczenie, zasady rehabilitacji i kształcenia w zakresie Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji w różnych krajach Europy, które przy niewielkich różnicach zawierają podobne wymogi. Przedstawiono też obowiązujące standardy i wymagania, czas trwania szkolenia specjalisty oraz uprawnienia specjalisty w zakresie Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji. Podkreślono, że cykl specjalizacji nie może trwać krócej niż 4 lata (w Polsce wynosi 5 lat).

W Księdze znajduje się też opis działalności badawczo-naukowej prowadzonej w ramach Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji oraz podkreślone znaczenie tych badań, w celu uwiarygodnienia stosowanych metod rehabilitacji. Przedstawiono skład zespołu rehabilitacyjnego, który jest podstawą dla osiągnięcia sukcesu rehabilitacji, który to zespół musi ze sobą ściśle współpracować i jak podkreślono zawsze pod kierunkiem lekarza specjalisty w zakresie Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji. Przedstawiono też Europejskie Towarzystwo Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji, jego znaczenie w inicjowaniu, koordynowaniu i nadzorowaniu badań naukowych prowadzonych w różnych krajach Europy.

Bardzo fachowo omówiono perspektywy rozwoju rehabilitacji, wykazując na zwiększające się wraz z trendami demograficznymi i cywilizacyjnymi potrzeby rehabilitacji prowadzonej w różnych etapach życia oraz okresach chorób, zespołów czy stanów po urazach, z uwzględnieniem etapowości.

Dokument uzupełniony jest obszernym wykazem piśmiennictwa oraz zawiera kilka załączników w tym bardzo ważny projekt nowej definicji opartej na modelu ICF, opis specjalizacji i przykładowe zaburzenia zdrowia, z którymi najczęściej spotykają się specjaliści z dziedziny Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji. Z załącznika 3 przedstawiono też sumarycznie wykaz specjalistów w różnych krajach członkowskich Unii Europejskiej, w którym Polska prezentuje się dość dobrze, chociaż do sugerowanych wymagań docelowych jeszcze nie dotarliśmy. Ważną składową jest załącznik 6 dotyczący narzędzi diagnostycznych wykorzystywanych również w medycynie fizykalnej i rehabilitacji, co jest szczególnie ważne gdy chodzi o wykorzystanie badań dotyczących oceny czynnościowej, z wykorzystaniem nowoczesnej aparatury diagnostycznej i badawczej. Przedstawiono konieczność wprowadzenia europejskiego egzaminu dla specjalistów w zakresie medycyny fizykalnej i rehabilitacji. Przytoczono też wymogi jakie powinien spełniać kandydat do uzyskania specjalizacji w Unii Europejskiej i jest to obszerny wykaz, w którym znajdują się wymagania również obowiązujące obecnie w Polsce.

Księga, w moim przekonaniu, powinna być wydana w większym nakładzie, gdyż powinna być powszechnie dostępna.

*Prof. zw. dr hab. n. med. Andrzej Kwolek  
Uniwersytet Rzeszowski  
Instytut Fizjoterapii*

