

Организационно-методические основы медицинской реабилитации .

**Особенности работы персонала
мультидисциплинарной бригады при
проведении медицинской реабилитации
пациента.**

**Кафедра медицинской реабилитации и
спортивной медицины**

к.м.н., доцент Е.Г. Вершинин

Индивидуальная программа реабилитации и абилитации пациента



- это перечень мероприятий, направленных на восстановление или компенсацию физических возможностей и интеллектуальных способностей, повышение функционального состояния организма, улучшение физических качеств, психоэмоциональной устойчивости и адаптационных резервов организма индивида средствами и методами медицинской реабилитации.

В индивидуальную программу реабилитации и абилитации пациента входят:

- **лечебная физкультура (кинезотерапия),**



- **физиотерапия (электролечение, электростимуляция, лазеротерапия, баротерапия, бальнеотерапия и др.)**



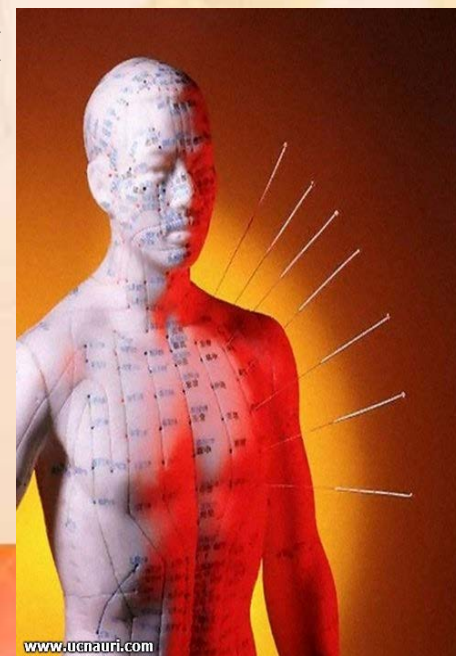
В индивидуальную программу реабилитации и абилитации пациента входят:

- **Психотерапия** — это система лечебного воздействия на психику и через психику на организм человека. Часто определяется как деятельность, направленная на избавление человека от различных проблем (эмоциональных, личностных, социальных, и т. п.). Проводится как правило специалистом-психотерапевтом путем установления глубокого личного контакта с пациентом (часто путем бесед и обсуждений), а также применением различных когнитивных, поведенческих, медикаментозных и других методик.



В индивидуальную программу реабилитации и абилитации пациента входят:

- **традиционные методы лечения:**
акупунктура — направление в медицине, в котором воздействие на организм осуществляется специальными иглами через особые точки на теле посредством введения их в эти точки и манипуляций ими. Считается, что эти точки находятся на меридианах, по которым циркулирует «жизненная энергия». Метод используется для снятия боли или в лечебных целях.



В индивидуальную программу реабилитации и абилитации пациента входят:

- **традиционные методы лечения:**
мануальная терапия - (*лат. manus* рука, *греч. therapēia* лечение) комплекс лечебных приемов ручного воздействия, направленных на устранение боли и биомеханических нарушений при некоторых дистрофических процессах в позвоночнике и суставах.



В индивидуальную программу реабилитации и абилитации пациента входят:

- **ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ** - вид медико-педагогической помощи, оказываемой лицам, страдающим расстройствами речи функционального или органического происхождения (дислалии, логоневрозы, афазии, дизартрии и др.). Своевременные лечебно-коррекционные мероприятия позволяют ускорить развитие речи у детей или устранить ее приобретенные нарушения у взрослых, предупредить вторичные изменения интеллекта, обусловленные расстройствами речи.



В индивидуальную программу реабилитации и абилитации пациента входят:

- **реконструктивная хирургия** - один из самых сложных и разносторонних разделов медицины. Суть реконструктивной медицины - восстановление утраченной или деформированной (в результате травмы или с рождения) части организма человека не только в анатомическом, но и в функциональном отношении. Конечно, восстановленный орган должен выглядеть как можно естественнее, именно поэтому реконструкция тесно связана с эстетической пластикой (хирургия).



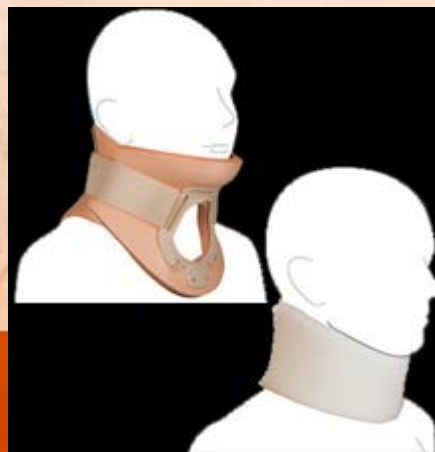
В индивидуальную программу реабилитации и абилитации пациента входят:

- **протезно-ортопедическая помощь:**
протезирование — замена утраченных или необратимо повреждённых частей тела искусственными заменителями — протезами.



В индивидуальную программу реабилитации и абилитации пациента входят:

- **протезно-ортопедическая помощь:**
ортезирование – применение в медицине ортезов (греч. orthos- прямой) - технических средств, применяемых для фиксации, разгрузки, коррекции, активизации функций, косметики при патологических состояниях сегментов конечностей и туловища. Термин «ортез» включает в себя такие понятия как: брейс, тугор, лонгета, корсет, ортопедический аппарат.



В индивидуальную программу реабилитации и абилитации пациента входят:

• протезно-ортопедическая помощь:

сложная ортопедическая обувь - это обувь индивидуального пошива и предназначена для больных с деформациями или функциональной недостаточностью стоп. Для сложной ортопедической обуви характерно наличие специальных деталей:

- Мягкие детали: дополнительная шнуровка, притяжной ремень, боковой внутренний ремень, тяги манжетка.
- Жесткие детали: жесткий задник, жесткий подносок, жесткая союзка, полусоюзка, бочок, язычок, клапан, берцы, верхняя фигурная стелька. Служат для дополнительной фиксации обуви и повышения ее формоустойчивости.
- Специальные металлические детали: ортопедический геленок, пластинка, шина, полукольцо, планшетка. Служат для уменьшения гибкости обуви.
- Межстелечные слои: выкладка сводов, косок, обратный косок, пробка. Необходимы для перераспределения нагрузки по подошвенной поверхности стопы.

Ортопедическая обувь
изготавливается в соответствии
с врачебным назначением и
мерками.



В индивидуальную программу реабилитации и абилитации пациента входят:

- **санаторно-курортное лечение** - вид лечебно-профилактической помощи, оказываемой в специализированных стационарных учреждениях и основанной на применении главным образом природных лечебных факторов (климат, минеральных вод, лечебных грязей и др.).



В индивидуальную программу реабилитации и абилитации пациента входят:

- **Технические средства медицинской реабилитации** — это устройства, содержащие технические решения, в том числе специальные, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности инвалида:
 - специальные средства для самообслуживания;
 - специальные средства для ухода (калоприемник, мочеприемник, устройства для введения пищи через стому),
 - специальные средства для ориентирования (включая собак-проводников с комплектом снаряжения, общения и обмена информацией);
 - специальные средства для обучения, образования (включая литературу для слепых) и занятий трудовой деятельностью;
 - протезные изделия (включая протезно-ортопедические изделия, ортопедическую обувь и специальную одежду, глазные протезы и слуховые аппараты);
 - специальное тренажерное и спортивное оборудование, спортивный инвентарь.



В индивидуальную программу реабилитации и абилитации пациента входят:

- **информирование и консультирование по вопросам медицинской реабилитации**



- **другие мероприятия, услуги, технические средства.**

Основные принципы реабилитации

- **раннее начало проведения реабилитационных мероприятий,**
- **комплексность использования всех доступных и необходимых реабилитационных мероприятий,**
- **индивидуализация программы реабилитации,**
- **этапность реабилитации,**
- **непрерывность и преемственность на протяжении всех этапов реабилитации,**
- **социальная направленность реабилитационных мероприятий,**
- **использование методов контроля адекватности нагрузок и эффективности реабилитации.**

Раннее начало проведения реабилитационных мероприятий

- важно с точки зрения профилактики возможности дегенеративных изменений в тканях. Раннее включение в лечебный процесс реабилитационных мероприятий, адекватных состоянию больного, во многом обеспечивает более благоприятное течение и исход заболевания, служит одним из моментов профилактики инвалидности (вторичная профилактика).



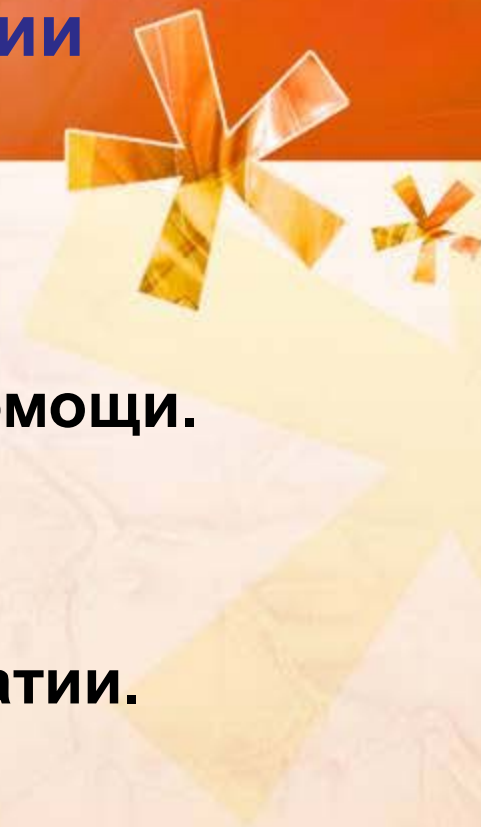
Комплексность применения всех доступных и необходимых реабилитационных мероприятий.

Проблемы медицинской реабилитации весьма сложны и требуют совместной деятельности многих специалистов: терапевтов, хирургов, травматологов, физиотерапевтов, врачей и методистов ЛФК, массажистов, психиатров, адекватной физическому и психическому состоянию пациента на отдельных этапах реабилитации. В зависимости от причин, приведших больного к состоянию, требующему применения реабилитационных мероприятий, состав специалистов и используемых методов и средств будут различны.

Кадры медицинской реабилитации

Медицинские:

1. **Врач-реабилитолог (должность).**
2. **Врач по профилю оказываемой помощи.**
3. **Врач лечебной физкультуры.**
4. **Врач-физиотерапевт.**
5. **Врач мануальной терапии, остеопатии.**
6. **Врач-рефлексотерапевт.**
7. **Медицинский психолог.**
8. **Специалист по нутритивной поддержке.**
9. **Врач функциональной и лабораторной диагностики.**



Кадры медицинской реабилитации

Медицинские:

1. Медсестра постовая.
2. Медсестра палатная.
3. Медсестра по реабилитации.
4. Инструктор по лечебной физкультуре.
5. Медсестра по физиотерапии.
6. Медсестра кабинета мануальной терапии.
7. Медсестра кабинета рефлексотерапии.
8. Медсестра кабинетов лабораторной и/или функциональной диагностики.

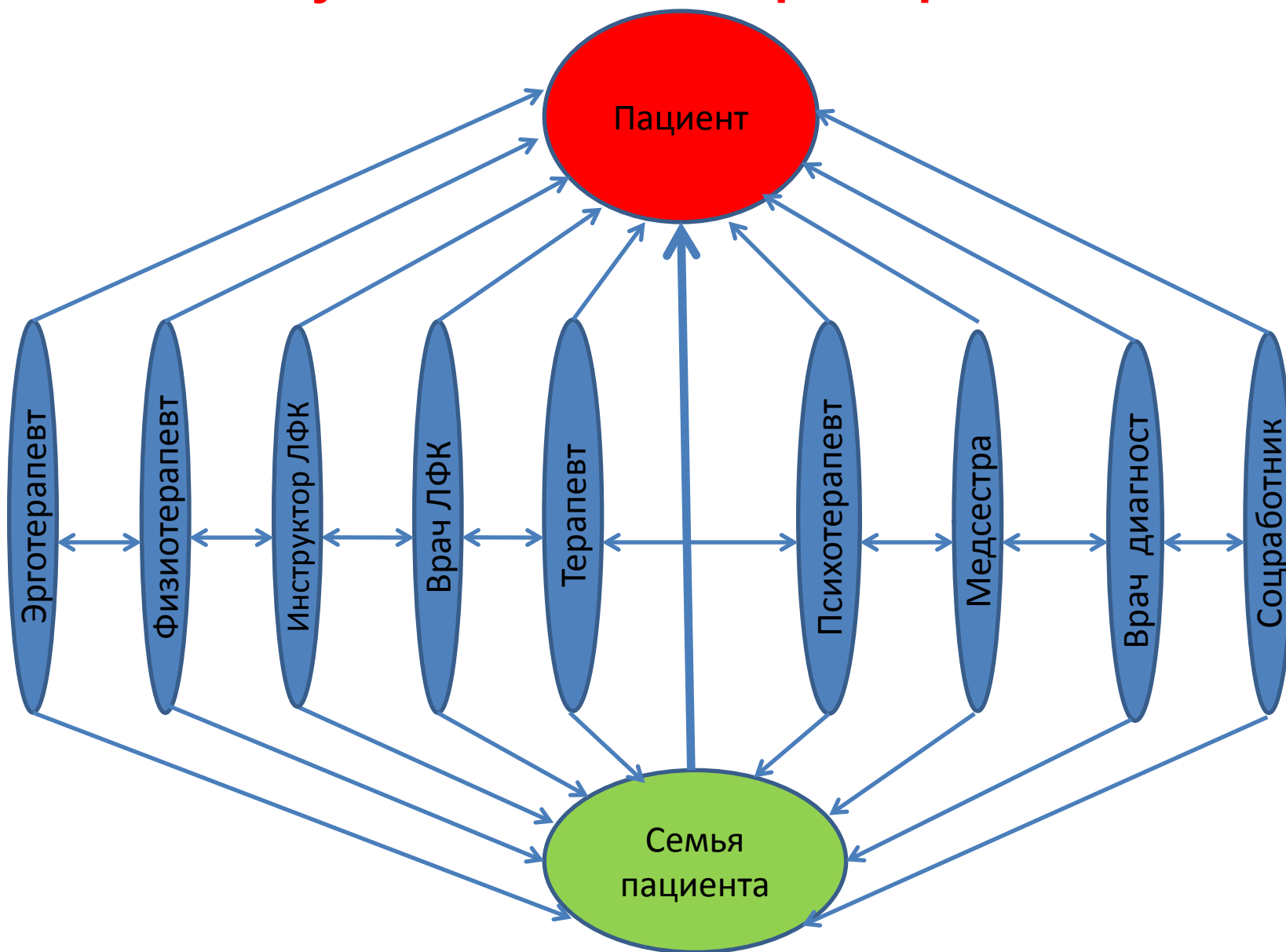


Кадры медицинской реабилитации

Немедицинские:

1. Инструктор-методист лечебной физкультуры.
2. Логопед-афазиолог.
3. Психолог.
4. Эрготерапевт.
5. Социальный работник.
6. Инженер по оборудованию.
7. Специалист по компьютерным технологиям.
8. Регистратор.
9. Специалист отдела маршрутизации пациентов.

Обучение принципам мультидисциплинарной работы



Индивидуализация программ реабилитации.

В зависимости от причин, требующих применения реабилитационных мероприятий, а также особенностей состояния больного или инвалида, их функциональных возможностей, двигательного опыта, возраста, пола, состав специалистов и используемых методов и средств будут, то есть реабилитация требует индивидуального подхода к пациентам с учетом их реакции на использование реабилитационных мероприятий.



Непрерывность реабилитационных мероприятий

Непрерывность на протяжении всех этапов реабилитации важна как в пределах одного этапа, так и при переходе от одного к другому. Улучшается функциональное состояние различных систем организма, повышается тренированность, а всякий более или менее длительный перерыв в использовании реабилитационных мероприятий может привести к его ухудшению, когда приходится начинать все сначала.

Преимственность реабилитационных мероприятий

Чрезвычайно важным принципом реабилитации является преимущественность при переходе с этапа на этап, из одного медицинского учреждения в другое. Для этого важно, чтобы на каждом этапе в реабилитационной карте было задокументировано, какие методы и средства лечения и реабилитации применялись, каково было функциональное состояние реабилитируемого.



Социальная направленность реабилитационных мероприятий.

Основная цель реабилитации – эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов к бытовым и трудовым процессам, в общество и семью, восстановление личностных свойств человека как полноправного члена общества.

Оптимальным конечным результатом медицинской реабилитации может быть полное восстановление здоровья и возвращение к привычному профессиональному труду.

Использование методов контроля адекватности нагрузок и эффективности реабилитации.

Реабилитационный процесс может быть успешным только в случае учета характера и особенностей восстановления, нарушенных при том или ином заболевании функций. Для назначения адекватного комплексного дифференцированного восстановительного лечения необходима правильная оценка состояния больного по ряду параметров, значимых для эффективности реабилитации.

В этих целях применяется специальная диагностика и методы контроля за текущим состоянием больного в процессе реабилитации, которые могут подразделяться на следующие виды:

- а) медицинская диагностика,
- б) функциональная диагностика,
- в) психодиагностика.



Реабилитационный прогноз

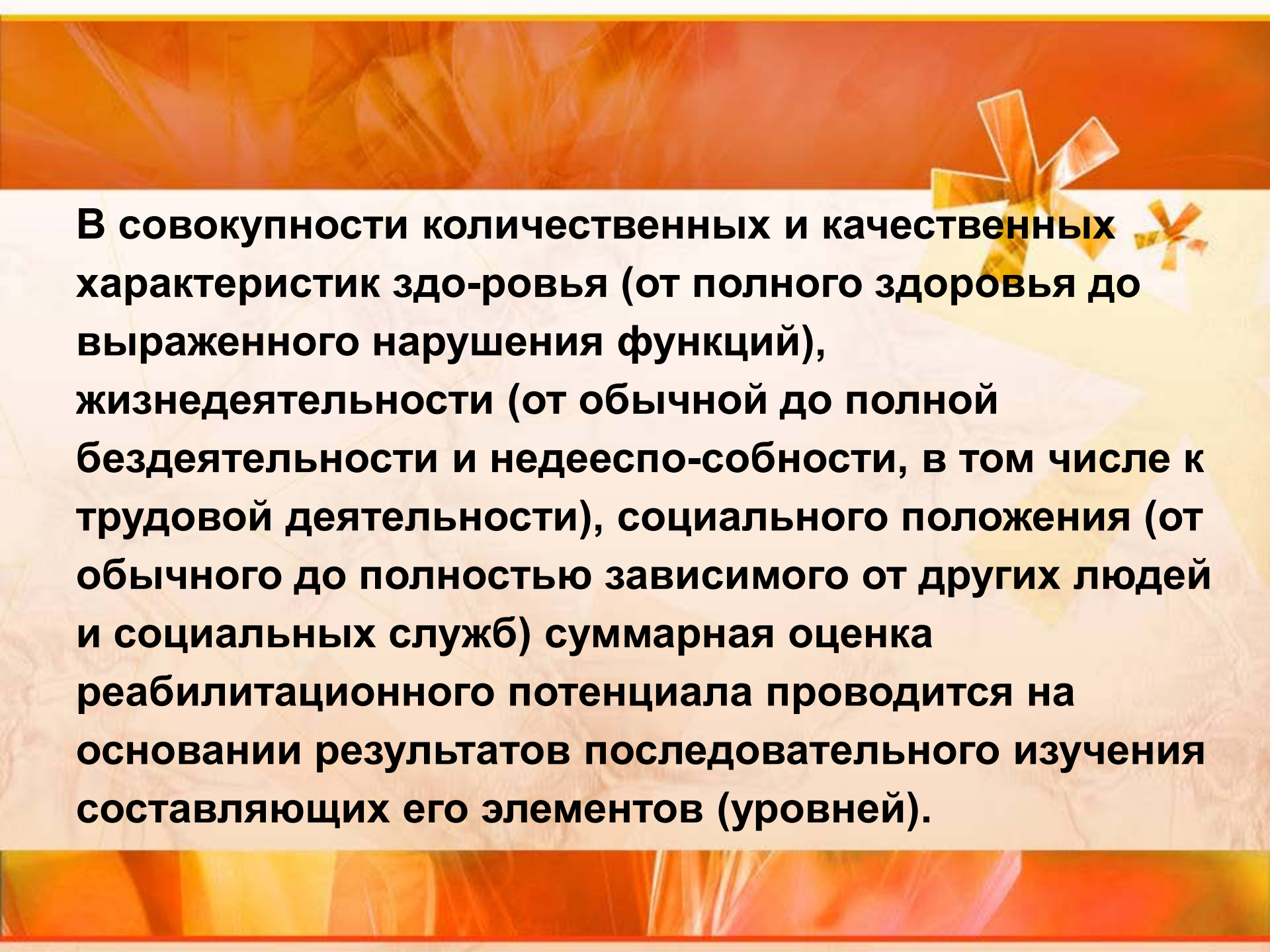
— это медицинская обоснованная вероятность достижения намеченных целей реабилитации в намеченный отрезок времени с учетом характера заболевания, его течения, индивидуальных ресурсов и компенсаторных возможностей пациента.



Реабилитационный потенциал

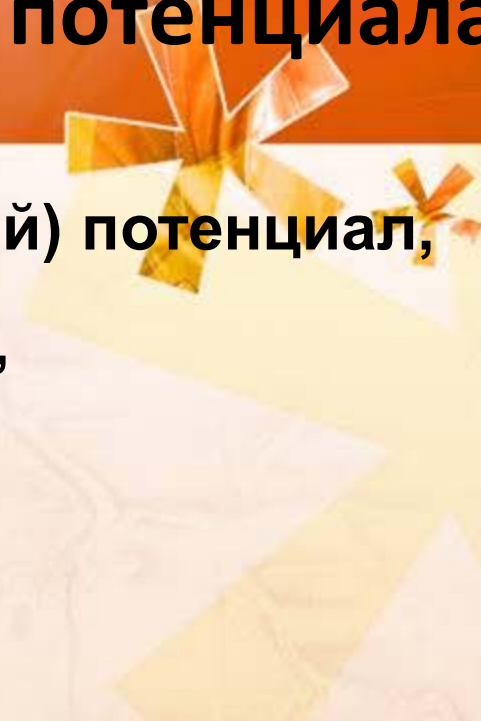
— это возможности больного человека при определенных условиях и содействии реабилитационных служб и общества в целом приводить в действие (активизировать) свои биологические и социально-психологические механизмы восстановления нарушенного здоровья, трудоспособности, личностного статуса и положения в обществе.





В совокупности количественных и качественных характеристик здо-ровья (от полного здоровья до выраженного нарушения функций), жизнедеятельности (от обычной до полной бездеятельности и недееспособности, в том числе к трудовой деятельности), социального положения (от обычного до полностью зависимого от других людей и социальных служб) суммарная оценка реабилитационного потенциала проводится на основании результатов последовательного изучения составляющих его элементов (уровней).

Элементы реабилитационного потенциала

1. биомедицинский (саногенетический) потенциал,
 2. психофизиологический потенциал,
 3. личностный потенциал,
 4. образовательный потенциал,
 5. социально-бытовой потенциал,
 6. профессиональный (трудовой) потенциал,
 7. социальный потенциал,
 8. социально-средовой потенциал.
- 

Биомедицинский (саногенетический) потенциал

- возможность человека к восстановлению (регенерации, репарации, реституции) или компенсации нарушений в анатомо-функциональной целостности органов, тканей, систем и организма в целом.



Психофизиологический потенциал

- возможность использования, развития и адаптации сохранившихся функциональных способностей человека для восстановления (компенсации ограничений) социальных, навыков и привычных для него видов деятельности.



Личностный потенциал

- возможность, способность и направленность личности активно участвовать в реабилитационном процессе и достигать поставленные реабилитационные цели



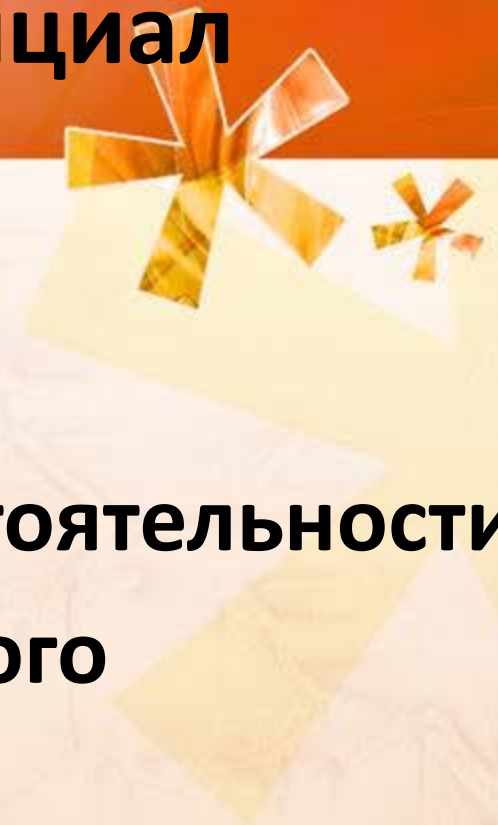
Образовательный потенциал

- возможности человека к овладению
общеобразовательными и
профессиональными знаниями,
профессиональ-ными (трудовыми)
навыками и умениями.



Социально-бытовой потенциал

**- возможности достижения
само-обслуживания и самостоятельности
проживания и ведения личного
хозяйства.**



Профессиональный (трудовой) потенциал

- возможность восстановления профессионального и социально-трудового статуса или достижения иных целей в области трудовой деятельности.



Социальный потенциал

- возможности восстановления или компенсации социального статуса.

Социально-средовой потенциал -

возможности включения или

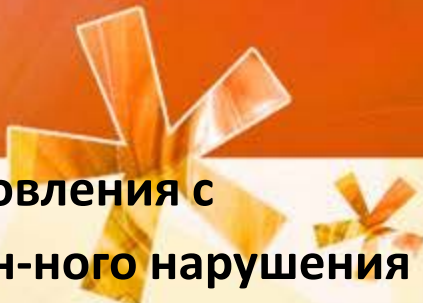
возвращения в привычные условия

семейной и общественной жизни.

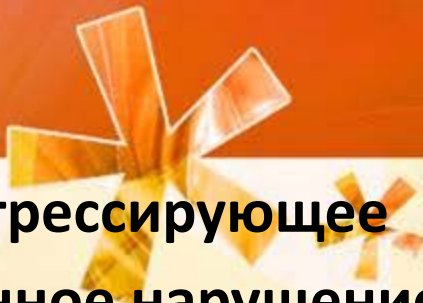
Реабилитационный потенциал имеет 4 уровня оценки: высокий, средний (или удовлетворительный), низкий и практически отсутствует.

На основании всей совокупности факторов, характеризующих возможности инвалида к реабилитации, реабилитационный потенциал оценивается как:

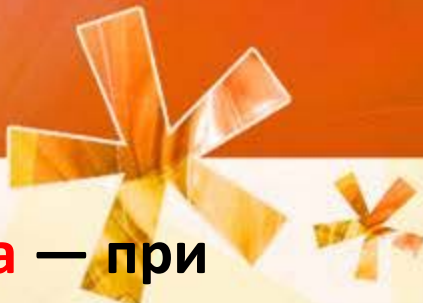
— **высокий** — при возможности достижения полного восстановления здоровья, всех обычных для инвалида видов жизне-деятельности, трудоспособности и социального положения (полная реабилитация); при данном уровне реабилитационного потенциала можно ожидать возвращения человека к работе в прежней профессии в полном объеме или с ограничениями по заключению КЭК либо возможность выполнения работы в полном объеме в другой профессии, равноценной по квалификации прежней профессии инвалида;



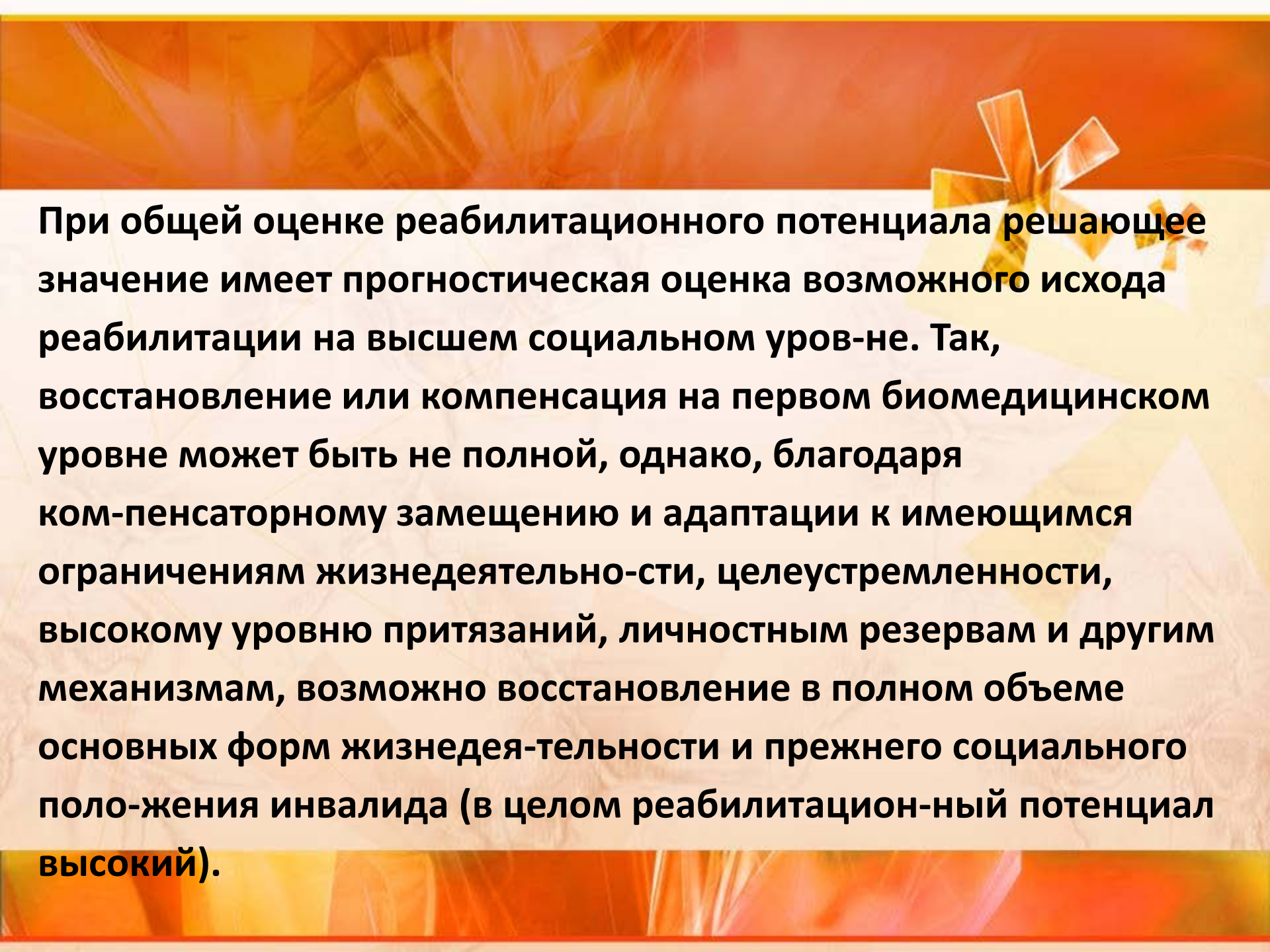
—удовлетворительный — в случае не-полного выздоровления с остаточными проявлениями в виде умеренно выражен-ного нарушения функций, выполнения ос-новных видов деятельности с трудом, в ограниченном объеме или с помощью ТСР, частичного восстановления трудоспособно-сти, при сохранении частичного снижения качества и уровня жизни, потребности в социальной поддержке и материальной помощи (частичная реабилитация — пере-ход из I или II группы в III группу инвалидности); при данном реабилита-ционном потенциале сохраняется возмож-ность продолжения работы в своей про-фессии с уменьшением объема работы или снижением квалификации либо выполнения работы в полном объеме в другой профес-сии, более низкой по квалификации, по сравнению с прежней профессией, или работы в других профессиях с уменьшением объема работы независимо от их квалификации;



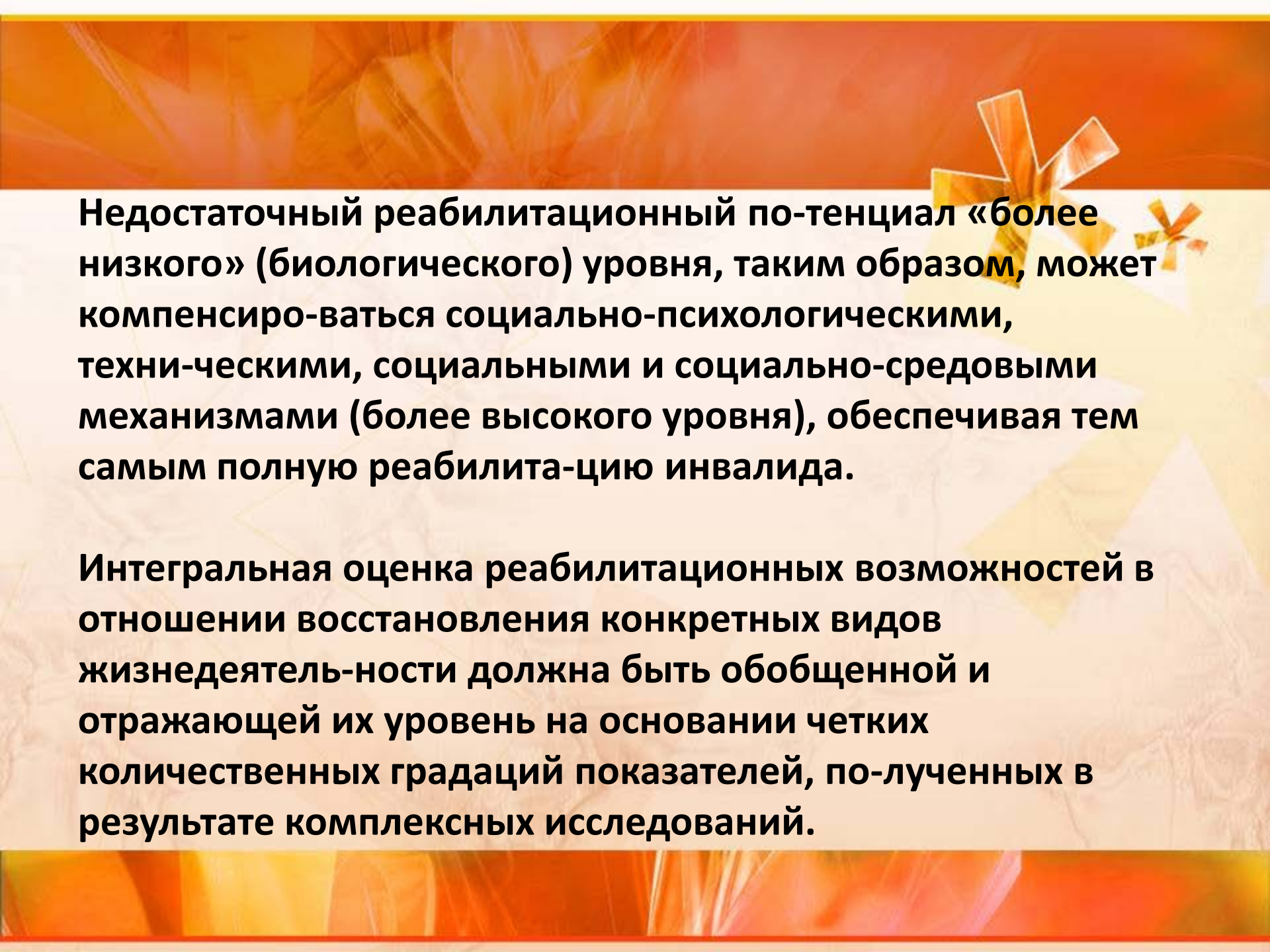
— **низкий** — если имеет место медленно прогрессирующее течение хронического заболевания, выраженное нарушение функций, значительные ограничения в выполнении большинства видов деятельности, выраженное снижение трудоспособности, потребность в постоянной социальной поддержке и материальной помощи (частичная реабилитация — переход из I группы во II группу инвалидности); при реализации потенциала возможно возвращение или приспособление инвалида к работе в рамках своей профессии или выполнение другой профессиональной деятельности в специально созданных производственных условиях;



— **отсутствие реабилитационного потенциала** — при прогрессирующем течении заболевания, резко выраженном нарушении функций, невозможности компенсации или самостоятельного выполнения основных видов деятельности, стойкой частичной или полной утрате трудоспособности, потребности в постоянном уходе или надзоре и постоянной материальной помощи (реабилитация невозможна — стабильная инвалидность или ее утяжеление); неспособность выполнять любые виды трудовой деятельности.



При общей оценке реабилитационного потенциала решающее значение имеет прогностическая оценка возможного исхода реабилитации на высшем социальном уровне. Так, восстановление или компенсация на первом биомедицинском уровне может быть не полной, однако, благодаря компенсаторному замещению и адаптации к имеющимся ограничениям жизнедеятельности, целеустремленности, высокому уровню притязаний, личностным резервам и другим механизмам, возможно восстановление в полном объеме основных форм жизнедеятельности и прежнего социального положения инвалида (в целом реабилитационный потенциал высокий).




Недостаточный реабилитационный потенциал «более низкого» (биологического) уровня, таким образом, может компенсироваться социально-психологическими, техническими, социальными и социально-средовыми механизмами (более высокого уровня), обеспечивая тем самым полную реабилитацию инвалида.

Интегральная оценка реабилитационных возможностей в отношении восстановления конкретных видов жизнедеятельности должна быть обобщенной и отражающей их уровень на основании четких количественных градаций показателей, полученных в результате комплексных исследований.

Реабилитационный прогноз

— предпо-лагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала и предполагаемый уровень интеграции инвалида в общество — возможный результат реабилитации.

Реабилитационный прогноз определяется не только уровнем и содержанием реабилитационного потенциала, но и реальными возможностями применения для его реали-зации современных реабилитационных тех-нологий, средств и методов.



Реабилитационный прогноз определя-ется на основе комплексной оценки внут-ренних и внешних факторов, которые могут в той или иной степени оказать положи-тельное или отрицательное влияние на процессы восстановления здоровья (клини-ческий прогноз), трудоспособности (трудо-вой прогноз), личностного и социального статуса больного или инвалида (социаль-ный прогноз).

При его оценке учитывают следующие факторы:

- особенности болезни и ее последствия (патологический потенциал);
- реабилитационный потенциал;
- социально-психологические особенности личности (ее адекватная реабилитационная активность);
- возможности применения современных реабилитационных технологий в отношении конкретного больного;
- социально-средовые условия — реабилитационная среда.



Уровни оценки реабилитационного прогноза:

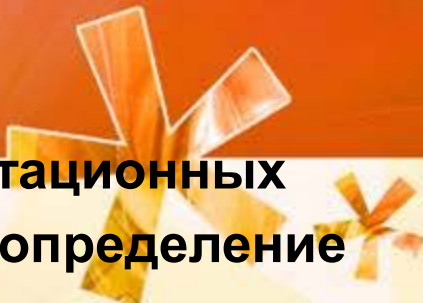
- **благоприятный** — при возможности полного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности и полной социальной, в том числе трудовой интеграции инвалида в процессе проведения реабилитационных мероприятий;
- **относительно благоприятный** — при возможности частичного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности, уменьшении степени их ограничения или стабилизации, расширении способности к социальной интеграции и переходу от полной к частичной социальной поддержке и материальной помощи в процессе проведения реабилитационных мероприятий;



Уровни оценки реабилитационного прогноза:

— неблагоприятный — при невозможности восстановления или компенсации нарушенных ограничений жизнедеятельности, каких-либо существенных положительных изменений (незначительный результат) в личностном, социальном и социально-средовом статусе инвалида в процессе проведения реабилитационных мероприятий.





Определение показаний к проведению реабилитационных мероприятий предполагает последовательное определение необходимости и целесообразности осуществления мер и средств реабилитационного воздействия в отношении выявленных расстройств по категориям ограничений жизнедеятельности. При этом по каждой категории ограничения жизнедеятельности устанавливают возможный ожидаемый эффект реабилитации: восстановление или компенсация (полная или частичная), либо восстановлению или компенсации не подлежит.

По итогам экспертно-реабилитационной диагностики, а также определения показаний к разработке индивидуальной программе реабилитации формируется экспертно-реабилитационное заключение.

В экспертно-реабилитационном заключении в краткой форме обосновывается экспертное решение:

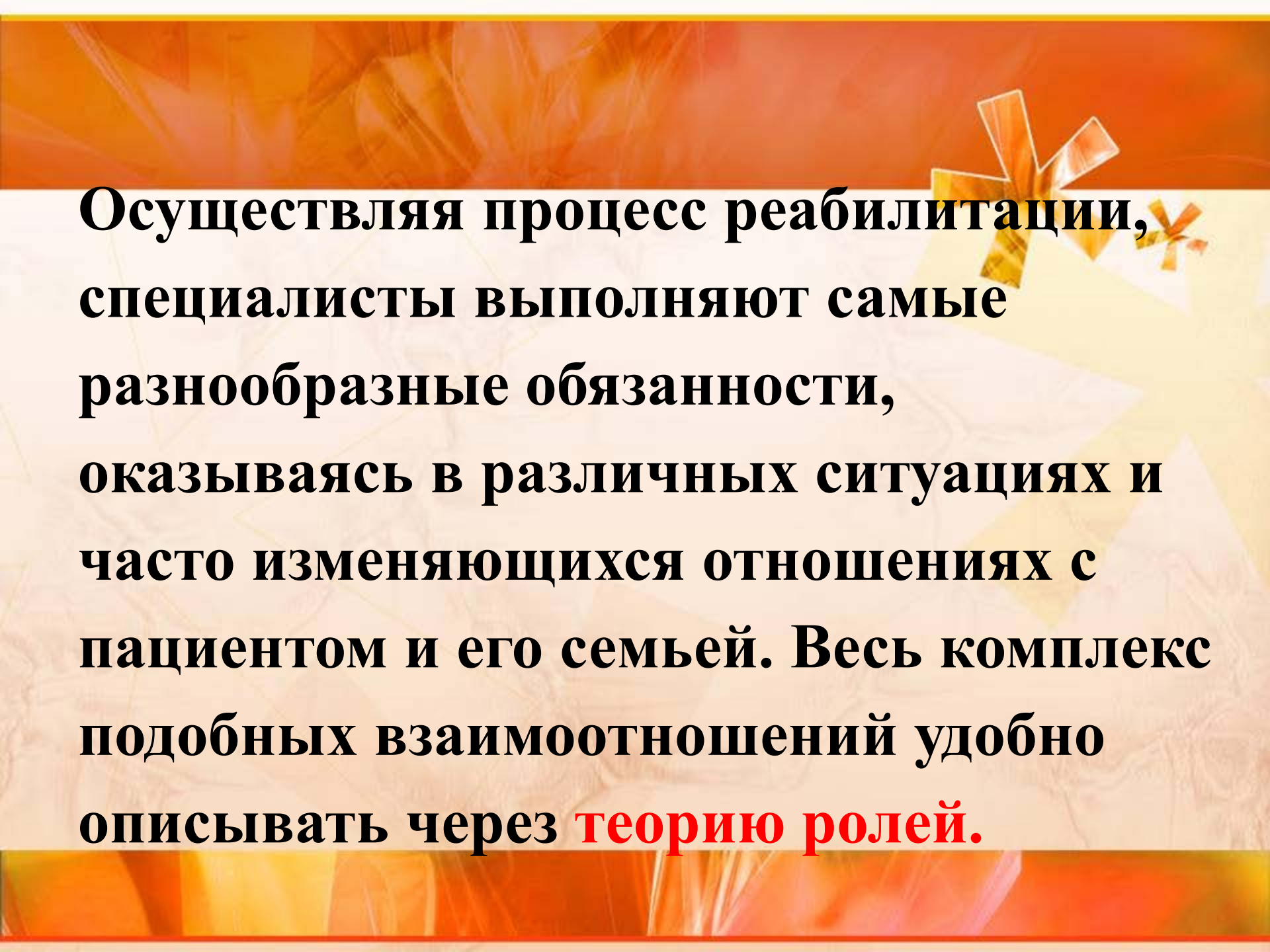
- 1. — о нуждаемости (потребности) ин-валида в конкретных мерах реабилита-ции;**
- 2. — о показаниях к проведению основ-ных реабилитационных мероприятий;**
- 3. — о необходимости и обоснованности (целесообразности) или отсутствии необхо-димости и целесообразности разработки ИПР.**

Содержание и структура экспертно-реабилитационного заключения определяются вынесенным экспертным решением о реа-билитационном потенциале и реабилита-ционном прогнозе.

Результатом правильно оказанной медицинской помощи в области реабилитации пациента является:

активная жизненная позиция пациента по отношению к своему здоровью и самореализации в жизни при оптимальном использовании внутренних резервов и условий окружающей среды.





Осуществляя процесс реабилитации, специалисты выполняют самые разнообразные обязанности, оказываясь в различных ситуациях и часто изменяющихся отношениях с пациентом и его семьей. Весь комплекс подобных взаимоотношений удобно описывать через **теорию ролей.**

Наиболее значимыми являются роли:

А) Специалист как лицо, предоставляющее уход.

Специалист предоставляет непосредственный сестринский уход по мере необходимости до тех пор, пока пациент или его семья не приобретут необходимые навыки по уходу. Эта деятельность направлена на

- **восстановление функций**
- **поддержание функций**
- **профилактику осложнений;**



Наиболее значимыми являются роли:

Б) Специалист как «учитель».

Медицинский работник обеспечивает пациента и его семью информацией и помогает в выработке навыков, необходимых для возвращения к нормальному состоянию здоровья и достижения независимости. Медицинский работник может предоставлять пациенту обучающую информацию и материалы о его болезни или инвалидности, а также предоставляет информацию о новых методах выполнения задач в повседневной жизни.



Наиболее значимыми являются роли:

В) Специалист как «адвокат».

Медицинский работник сообщает о потребностях и желаниях пациента другим специалистам, входящих в МДБ, выступая от его имени.




Наиболее значимыми являются роли:

Г) Специалист как «советник».

Медицинский работник действует как постоянный и объективный помощник пациента, вдохновляя его использовать функциональные возможности, помогает пациенту распознать и увидеть сильные стороны личности пациента, организует образ жизни пациента, благоприятный для удовлетворения его потребностей.





Программы по профессиональной и социальной реабилитации включают в себя вопросы по информированию пациента о программах, создание условий наиболее благоприятных для достижения поставленных целей, обучение пациента самообслуживанию, использованию специальных реабилитационных приспособлений.

Реабилитационный процесс – систематическое определение ситуации, в которой находится пациент и медицинский работник, и возникающих проблем в целях выполнения индивидуальной программы по медицинской реабилитации, приемлемой для обеих сторон.

Общие задачи реабилитационного процесса:

- **Создание базы информационных данных о пациенте;**
- **Определение потребности пациента в сестринском уходе;**
- **Оказание доврачебной помощи по стандартам сестринской практики и врачебной помощи по стандартам лечения заболеваний с учетом индивидуальных особенностей пациента**
- **Поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей его организма.**
- **Вовлечение пациента и его семьи в процесс оказания реабилитационной помощи.**
- **Оценка эффективности реабилитационного процесса.**

По времени выполнения все задачи делятся на:
срочные (их выполнение осуществляется в течении нескольких часов, но не более 48 часов, например стабилизация ургентного состояния организма)

краткосрочные (их выполнение осуществляется в течение одной недели, например, снижение температуры тела, нормализация работы кишечника);

долгосрочные (на достижение результатов требуется более длительное время, чем неделя).

Результаты могут соответствовать ожиданию от полученного лечения, например, отсутствие одышки при нагрузке, стабилизация артериального давления.

По объему помощи специалиста в МДБ, выделяют такие типы вмешательств, как

зависимое – действия специалиста, выполняемые по назначению врача (письменное указание или инструкция врача-реабилитолога) или под его наблюдением;

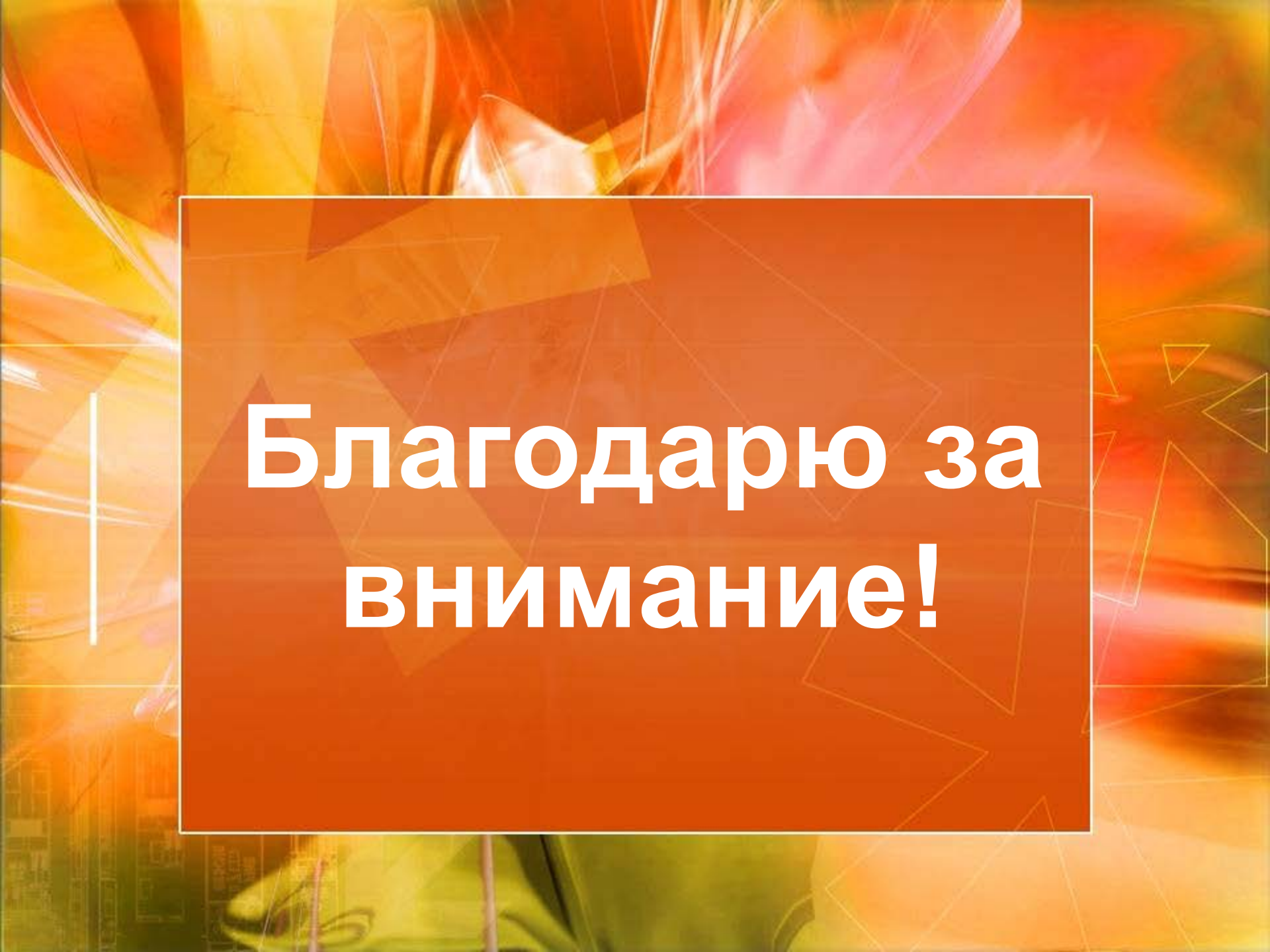
независимое – действия специалиста, которые он может выполнять без назначения врача-реабилитолога, в меру своей компетенции, т.е. измерение температуры тела, наблюдение за реакцией на лечение, манипуляции по уходу за пациентом, советы, обучение;

взаимозависимые – действия специалиста, выполняемые в сотрудничестве с другими работниками МДБ: врачом ЛФК, физиотерапевтом, психологом, родственниками пациента и т.д.



Одно из требований Президента и Федерального собрания РФ к реформированию здравоохранения, которые включают себя вопросы стандартизации медицинской помощи:
Необходимо придать медицинской услуге свойства товара и создать конкурентную среду в здравоохранении.





**Благодарю за
внимание!**