



Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo

**Bela knjiga
o fizikalni in
rehabilitacijski medicini
v Evropi**

***Rehabilitacija
letnik VII, suplement 1***

januar 2008

WHITE BOOK ON PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE IN EUROPE

Produced by the

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



and

Académie Européenne de Médecine de Réadaptation

in conjunction with

European Society for Physical and Rehabilitation Medicine



September 2006

BELA KNJIGA O FIZIKALNI IN REHABILITACIJSKI MEDICINI V EVROPI



Pripravili:

Evropska zveza zdravnikov specialistov (UEMS),
Sekcija za fizikalno in rehabilitacijsko medicino,
Evropski odbor za fizikalno in rehabilitacijsko medicino

in

Evropska akademija za rehabilitacijsko medicino

v sodelovanju z
Evropskim združenjem za fizikalno in rehabilitacijsko medicino

September 2006

BELA KNJIGA O FIZIKALNI IN REHABILITACIJSKI MEDICINI V EVROPI

Prevajalka: Leja Jecelj Habič
Lektorica: Snežana Bitenc Kos
Redaktor: prof. dr. Črt Marinček, dr. med.
Izdal in založil: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo
Za izdajatelja: mag. Robert Cugelj
Oblikovanje in tisk: Birografika BORI, d. o. o., Ljubljana
Prva izdaja: januar 2008
Naklada: 500

Naslov izvirnika:

WHITE BOOK ON PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE IN EUROPE

Copyright© 2006 by Section of Physical and Rehabilitation Medicine and European Board of Physical and Rehabilitation Medicine, Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) and Académie Européenne de Médecine de Réadaptation.

Editors:

Christoph Gutenbrunner

Chairman, Professional Practice Committee, UEMS Section of Physical and Rehabilitation Medicine

Anthony B. Ward

President, UEMS Section of Physical and Rehabilitation Medicine

M. Anne Chamberlain

President, Académie Européenne de Médecine de Réadaptation

Contributors:

Prof. André Bardot (F)	Prof. Christoph Gutenbrunner (D)
Prof. Michel Barat (F)	Prof. Gustaaf Lankhorst (NL)
Dr. Laurent Bensoussan (F)	Prof. Lindsay McLellan (UK)
Prof. Mihai Berteanu (Ro)	Dr. Fernando Parada (P)
Dr. Pedro Cantista (P)	Prof. João Páscoa Pinheiro (P)
Prof. Anne Chamberlain (UK)	Prof. Michael Quittan (A)
Dr. Nicolas Christodoulou (Cy)	Prof. Bengt Sjölund (S)
Dr. Alarcos Cieza (D)	Prof. Gerold Stucki (D)
Prof. Alain Delarque (F)	Prof. Guy Vanderstraeten (B)
Prof. Jean-Pierre Didier (F)	Dr. Jiri Votava (Cz)
Prof. Veronika Fialka-Moser (A)	Prof. Henk Stam (NL)
Prof. Franco Franchignoni (I)	Prof. Jean-Michel Viton (F)
Prof. Alessandro Giustini (I)	Dr. Anthony Ward (UK)

Predgovor k slovenski izdaji

V Evropi narašča, tudi zaradi staranja, število ljudi z zmanjšanimi zmožnostmi in rehabilitacija kot prevencija invalidnosti ima v ohranjanju kakovosti življenja vodilno vlogo. V Beli knjigi o fizikalni in rehabilitacijski medicini v Evropi so predstavljene organizacijske oblike rehabilitacijske dejavnosti na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju, in so tako načrtovalcem razvoja v zdravstvu podane ustrezne smernice. Belo knjigo so najbolj reprezentativne evropske organizacije izdale konec 2006 in po enem letu jo imamo v slovenskem prevodu. Zato gre vsa zasluga prevajalki Leji Jecelj Habič, prof. angl., in lektorici Snežani Bitenc Kos, prof. slov., ki sta opravili nelahko delo v iskanju in poenotenju ustreznih strokovnih izrazov.

Postavljeni so jasni okviri specialnosti in stična področja za sodelovanje s sorodnimi strokami. Podani so opisi temeljnih znanj in veščin, kliničnega dela in vsebina teoretičnega in praktičnega usposabljanja. V ospredju je holistični oziroma biopsihosocialni pristop ob upoštevanju dokumentov Svetovne zdravstvene organizacije in Združenih narodov, ki jih imamo že prevedene (Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja, SZO, Ljubljana, 2006; Standardna pravila Združenih narodov za izenačevanje možnosti invalidov, Ljubljana, 1996).

Fizikalna in rehabilitacijska medicina je samostojna medicinska specializacija, ki se ukvarja z izboljšanjem telesnih in kognitivnih funkcij, aktivnostmi (vključno z vedenjem), sodelovanjem (vključno s kakovostjo življenja) ter osebnimi dejavniki in dejavniki okolja, ki vplivajo nanje. Tako je odgovorna za preprečevanje, prepoznavanje, zdravljenje in rehabilitacijsko obravnavo ljudi z onesposobljujočimi zdravstvenimi stanji in sočasnimi obolenji v vseh starostnih obdobjih.

Fizikalna in rehabilitacijska medicina stremi k zmanjšanju okvare zaradi bolezni ali nezgode s prevencijo komplikacij, izboljšanjem funkcioniranja in aktivnosti ter omogočanjem sodelovanja. Vse te aktivnosti morajo upoštevati osebne in kulturne vplive ter vplive okolja na posameznika. Praksa se izvaja v različnih okoljih, od enot akutne oskrbe do centrov v lokalni skupnosti. Specialisti FRM uporabljajo specifična orodja za prepoznavanje in ocenjevanje in izvajajo različne načine zdravljenja, vključno s farmakološkimi, fizikalnimi, tehničnimi, izobraževalnimi in poklicnimi ukrepi. Rehabilitacija je stalen in koordiniran proces, ki se začne z začetkom obolenja ali poškodbe in se nadaljuje, dokler posameznik v družbi ne doseže vloge, ki ustreza njegovim življenjskim pričakovanjem in zmožnostim.

Bela knjiga je namenjena tako strokovni kot politični javnosti, tudi za ustrezno oblikovanje in poenotenje standardov zdravstvene in socialne politike na področju rehabilitacije v državah Evropske skupnosti pa tudi v državah kandidatkah. Prepričan sem, da bo v ta namen koristila tudi v Sloveniji.

prof. dr. Črt Marinček, dr. med., viš. svet.

Predgovor

Bela knjiga opredeljuje položaj fizikalne in rehabilitacijske medicine (FRM) v Evropi. Definira specialnost, njeno delo, pristojnosti zdravnikov in njen odnos z drugimi medicinskimi panogami in poklici, povezanimi z zdravjem. Bela knjiga skuša zagotoviti, da je FRM evropska specialnost, v kateri dobro usposobljeni zdravniki, ki delajo na osnovi visokih standardov zdravstvene oskrbe, delujejo v skladu z dokazi podprto medicino in v različnih okoljih svojih nacionalnih praks. V ta namen bela knjiga podrobno opisuje izobraževanje in znanje specialistov FRM. Podaja tudi osnovna načela specializirane rehabilitacije, da bodo oblikovalci politike, načrtovalci zdravstvenega varstva in zdravstveni delavci spoznali njeno delovanje in njen prispevek k procesu polnega vključevanja oseb z zmanjšano zmožnostjo v družbo.

Bela knjiga so pripravili v Sekciji za fizikalno in rehabilitacijsko medicino pri UEMS. Njena glavna avtorja pa sta predsednik UEMS in predsedujoči Komiteju za strokovno prakso ter predsednica Evropske akademije za rehabilitacijsko medicino. Sprejela so jo vsa tri telesa, ki predstavljajo specialnost v Evropi: Sekcija za fizikalno in rehabilitacijsko medicino pri UEMS, Evropska akademija za rehabilitacijsko medicino in Evropsko združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino. S svojim sodelovanjem so potrdili njen pomen in pristojnost.

Urednikom so pomagali sodelavci iz vse Evrope, skupaj pa smo izoblikovali besedilo, ki zagotavlja enovito predstavitev in skladen pristop. Prizadevali smo si ustvariti dokument, ki ustreza različnim sistemom po vsej Evropi, glede na nekatere nacionalne razlike. Še posebej bi se zahvalili vsem sodelujočim za njihove napore pri pripravi tega res vseevropskega dela. Njihova imena so v abecednem redu navedena zgoraj.

Bela knjiga je na voljo tudi na spletni strani Sekcije na www.euro-FRM.org ali pri Generalnem sekretariatu Sekcije pri UEMS.

Anthony B Ward
Predsednik Sekcije
pri UEMS

Christoph Gutenbrunner
Predsedujoči Komiteju za
poklicno prakso

M Anne Chamberlain
Predsednica Evropske
akademije za
rehabilitacijsko medicino

VSEBINA

	<i>Stran</i>
<i>Povzetek</i>	11
1. <i>Uvod</i>	16
2. <i>Definicije</i>	17
2.1. <i>Rehabilitacija</i>	17
2.2. <i>Fizikalna in rehabilitacijska medicina</i>	17
3. <i>Pomen rehabilitacije za osebe z zdravstvenimi stanji, ki povzročajo zmanjšano zmožnost in invalidnost, ter za družbo</i>	18
3.1. <i>Epidemiološki vidiki</i>	18
3.2. <i>Model funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja v rehabilitaciji, kot ga uporablja Svetovna zdravstvena organizacija</i>	19
3.3. <i>Etični vidiki in človekove pravice</i>	22
3.4. <i>Rehabilitacija in zdravstveni sistem</i>	26
3.5. <i>Cilji in izid rehabilitacije</i>	26
4. <i>Načela fizikalne in rehabilitacijske medicine</i>	28
4.1. <i>Učni procesi kot osnovno načelo fizikalne in rehabilitacijske medicine</i>	28
4.2. <i>Cilji fizikalne in rehabilitacijske medicine</i>	28
4.3. <i>Rehabilitacijski tim</i>	29
4.4. <i>Fizikalna in rehabilitacijska medicina v različnih fazah rehabilitacijskega procesa</i>	30
4.5. <i>Učinki pomanjkanja rehabilitacije</i>	32
4.6. <i>Preprečevanje</i>	33
5. <i>Specialnost fizikalne in rehabilitacijske medicine</i>	35
5.1. <i>Prispevek specialista fizikalne in rehab. medicine k rehabilitacijskim procesom</i>	35
5.2. <i>Specialnost fizikalne in rehabilitacijske medicine v Evropi</i>	35
5.3. <i>Zdravstvena stanja v praksi fizikalne in rehabilitacijske medicine</i>	36
5.4. <i>Postavljanje diagnoze, ocenjevanje in vrednotenje</i>	36
5.5. <i>Rehabilitacijski načrt</i>	38
5.6. <i>Posegi v fizikalni in rehabilitacijski medicini</i>	39
5.7. <i>Praksa fizikalne in rehabilitacijske medicine - klinične dejavnosti in ustanove</i>	40
6. <i>Standardi v fizikalni in rehabilitacijski medicini</i>	42
6.1. <i>Izobraževanje in specializacija</i>	42
6.2. <i>Klinična pooblastila in pristojnosti</i>	44
6.3. <i>Stalni poklicni razvoj (CPD) in stalno podiplomsko izobraževanje zdravnikov (CME)</i>	45
6.4. <i>Sekcija za fiz. in rehab. medicino pri Evropski zvezi zdravnikov specialistov (UEMS)</i>	46

6.5. Evropska akademija za rehabilitacijsko medicino.....	49
6.6. Evropsko združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino.....	50
7. Raziskave v fizikalni in rehabilitacijski medicini.....	51
7.1. Pomen raziskav pri ugotavljanju potreb in vrednost sedanjih in novih pristopov.....	52
7.2. Raziskovalne ustanove in viri.....	52
7.3. Izobraževanje za raziskave.....	52
7.4. Objavljanje rezultatov raziskav.....	52
8. Razvoj v prihodnosti.....	53
8.1. Filozofija.....	53
8.2. Cilji.....	53
9. Literatura.....	54
Priloga Ia: Predlog nove definicije FRM na podlagi modela MKF.....	58
Priloga Ib: Opis specialnosti fizikalne in rehabilitacijske medicine.....	59
Priloga II: Primeri zdravstvenih stanj, ki povzročajo zmanjšano zmožnost, s katerimi se pogosto srečujejo specialisti FRM.....	60
Priloga III. Specialisti FRM v Evropi po državah članicah UEMS.....	63
Priloga IV: Diagnostična orodja in ocenjevanje v fizikalni in rehabilitacijski medicini.....	64
Priloga V: Učni načrt (<i>kurikulum</i>) študija in teoretičnega znanja z diplomom Evropskega sveta za FRM (verzija 2005).....	66
Priloga VI: Pravila stalnega podiplomskega izobraževanja in strokovnega razvoja specialistov FRM.....	74
Delegati in člani vseh treh organizacij.....	75

POVZETEK

1. Uvod

1.1. Bela knjiga o FRM je namenjena:

- oblikovalcem politike na področju zdravstvenega varstva, povezane z rehabilitacijo invalidov;
- splošni javnosti, še posebej invalidom ter predstavnikom njihovih organizacij;
- strokovnjakom s področja zdravstvenega varstva v drugih medicinskih panogah in poklicih, povezanih z medicino.

1.2. Določa naravo, delovno področje in merila v fizikalni in rehabilitacijski medicini (FRM), pristojnosti specialnosti in njenih specialistov, klinično vsebino dela in značilnosti izobraževanja in usposabljanja specialistov na tem področju. Evropski prostor se je v zadnjem času razširil in Bela knjiga si prizadeva za usklajenost specialističnih dejavnosti FRM, da bi s tem omogočila vsem, še posebej osebam z zmanjšano zmožnostjo, ustrezno oskrbo, ne glede na kraj bivanja.

2. Definicije

2.1. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) rehabilitacijo definira kot »uporabo vseh sredstev, namenjenih zmanjšanju prizadetosti in oviranosti, in usposabljanju ljudi z zmanjšano zmožnostjo za kar najboljšo socialno integracijo«.

2.2. Definicija FRM, ki jo je pripravila sekcija za FRM pri Evropski zvezi zdravnikov specialistov (UEMS) se glasi »samostojna medicinska specialnost, ki se ukvarja z izboljševanjem telesnih in kognitivnih funkcij, dejavnosti (vključno z vedenjem), sodelovanja (vključno s kakovostjo življenja) ter prilagajanjem osebnih in okoljskih dejavnikov. Zato je odgovorna za preprečevanje, diagnostiko, zdravljenje in rehabilitacijsko oskrbo oseb z zdravstvenimi stanji, ki povzročajo zmanjšano zmožnost, in sočasnih obolenj v vseh starostnih obdobjih.«

3. Pomen rehabilitacije za osebe z zdravstvenimi stanji, ki povzročajo zmanjšano zmožnost in invalidnost, ter za družbo

3.1. V večini evropskih držav ocenjujejo razširjenost invalidnosti na okoli 10%. S staranjem prebivalstva se zvišuje raven zmanjšane zmožnosti. To se odraža v vse večjem bremenu, ki ga predstavlja oskrba posameznika za družbo, saj naraščajo stroški zdravstvene in socialne oskrbe. Verjetnost preživetja ob resnih boleznih ali poškodbah se izboljšuje, vendar to lahko s seboj prinaša naraščajoče število oseb s pogosto zelo zapletenimi težavami funkcioniranja. Poleg tega imajo prebivalci Evrope vse večja pričakovanja glede ohranjanja zdravja.

Rehabilitacija učinkovito zmanjšuje breme invalidnosti in osebam z zmanjšano zmožnostjo daje boljše možnosti. Stroški za rehabilitacijo niso večji, kot bi jih zahtevala zdravstvena oskrba, če bi rehabilitacije ne bilo. Preprečevanje zapletov, ki nastanejo zaradi nepomičnosti, možganskih

poškodb in bolečine prinašajo mnoge koristi (za kar obstajajo trdni dokazi), tako kvalitativne za posameznika kot tudi kvantitativne v smislu finančnih stroškov.

3.2. *Biopsihosocialni model zmanjšane zmožnosti.* Vodilo FRM je biopsihosocialni pristop k rehabilitaciji. Izoblikovali so ga v sodelovanju z organizacijami uporabnikov FRM in vključuje Mednarodno klasifikacijo funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF) Svetovne zdravstvene organizacije, ki jo je maja 2001 odobrila Svetovna zdravstvena skupščina. Okvir je etiološko nevtralen in uporablja splošno sprejeto terminologijo, ki opisuje funkcioniranje tako na ravni posameznika kot na ravni prebivalstva. Ta okvir se lahko uporablja za vsak posamezen primer rehabilitacijskega programa ali posega. Opredeljuje osnovna zdravstvena stanja, težave na ravni funkcije organov in potencialnih možnosti za vzpostavitev in izboljšanje posameznikovih funkcij ali preprečevanje nadaljnjih omejitev dejavnosti. Poleg tega upošteva zmožnost sodelovanja v družbi, ki ni odvisna le od posameznikovih funkcij, temveč tudi od ostalih dejavnikov, ki vplivajo na posameznikovo življenje in okolje.

3.3. *Etični vidiki in človekove pravice.* Dostop do rehabilitacije je temeljna človekova pravica, kot je zapisano v poslanici Združenih narodov in v drugih njihovih dokumentih (1993), v priporočilih, sprejetih ob Evropskem letu invalidov (2003) in v 58. resoluciji Svetovne zdravstvene skupščine (2005). Poleg tega v mnogih evropskih državah obstajajo zakoni proti diskriminaciji, ki jih lahko uporabimo v podporo invalidom, njihovim družinam in pomočnikom. Specialisti FRM običajno sodelujejo v razpravah o etičnih in pravnih dilemah, ki se pojavljajo med oskrbo bolnikov.

Osnovnega pomena za rehabilitacijsko prakso sta enakopraven dostop oseb do rehabilitacije in omogočanje njihovega sodelovanja v družbi brez kakršnekoli diskriminacije. Specialisti FRM se zavedajo pritiskov na posameznike zaradi razlik v rasi, kulturi, veri ali spolni usmerjenosti. Namen rehabilitacije je podpiranje samostojnega življenja posameznikov in njihove avtonomnosti, kar pa zahteva celovit pristop.

FRM je pomembna za vse dele družbe po vsej Evropi. Potrditev, da je dostopnost rehabilitacije po poškodbi ali bolezni temeljna človekova pravica, dajejo priporočila, sprejeta ob mednarodnem letu invalidov (1981) in ob Evropskem letu invalidov (2003).

3.4. Osebe z zmanjšano zmožnostjo bi morale aktivno sodelovati pri oblikovanju in razvoju rehabilitacijskih služb. Dobra rehabilitacijska praksa zagotavlja, da so osebe z zmanjšano zmožnostjo v središču pristopa, ki ga izvajajo strokovnjaki z različnih področij, in se ob ustrezni informaciji lahko same odločajo o svojem zdravljenju. Če je primerno, je v rehabilitacijski proces vključena tudi njihova družina.

3.5. *Cilji in izidi rehabilitacije.* Glavni cilj rehabilitacije je osebam z zmanjšano zmožnostjo omogočiti, da živijo kot bi same želele, kljub omejitvam, ki so posledica poškodb ali bolezni, ali njihovih osebnih dejavnikov. V praksi to najlažje dosežemo s kombinacijo ukrepov, s katerimi presežemo ali pa zaobidemo okvare in odstranimo ali zmanjšamo ovire, ki posamezniku preprečujejo sodelovanje v njegovem življenjskem okolju. Tak proces v kar največji meri izboljšuje posameznikovo dejavnost in sodelovanje. Dva bistvena cilja rehabilitacije, ki ju želimo doseči, sta posameznikova blaginja in njegovo družbeno in poklicno udejstvovanje.

4. Načela fizikalne in rehabilitacijske medicine

4.1. Učenje je sodoben in najpomembnejši del rehabilitacijskega procesa. Specialist FRM je učitelj, še posebej, kadar morajo rehabilitacijski programi temeljiti na novih konceptih plastičnosti in motoričnega učenja. Specialisti FRM morajo poznati načela prilagajanja in plastičnosti ter teoretične osnove načel poučevanja in učenja.

4. 2. Fizikalna in rehabilitacijska medicina si, kjer je to mogoče, prizadeva zmanjšati okvare, ki jih povzročajo bolezni, in sicer: s preprečevanjem zapletov, z izboljšanjem funkcij in dejavnosti ter z omogočanjem sodelovanja. Pri teh prizadevanjih pa moramo upoštevati posameznikove osebne, kulturne in okoljske dejavnike. Rehabilitacijska delo poteka v različnih ustanovah, od oddelkov za akutno nego do dela v lokalnih skupnostih. Specialisti FRM uporabljajo specifična diagnostična ocenjevalna orodja in izvajajo različne načine zdravljenja, ki vključujejo farmakološke, fizikalne, tehnične, izobraževalne in poklicne posege. Rehabilitacija je trajajoč in usklajen proces, ki se začne z nastopom bolezni ali poškodbe in se nadaljuje, vse dokler posameznik ne doseže družbene vloge, ki se sklada z njegovimi življenjskimi pričakovanji in željami.

4. 3. V rehabilitaciji, usmerjeni k cilju, se z multidisciplinarnim delom organizirano ukvarjajo timi zdravstvenih delavcev (strokovnjaki različnih poklicev, ki medseboj tesno sodelujejo), pri čemer je bolnik v središču tima. Specialisti FRM so običajno vodje timov in so odgovorni za bolnikovo oskrbo v specializiranih rehabilitacijskih ustanovah. Tesno sodelujejo tudi z drugimi medicinskimi panogami, in kadar je rehabilitacija glavni namen klinične dejavnosti, to sodelovanje med različnimi strokovnjaki tudi vodijo.

4. 4. *Fizikalna in rehabilitacijska medicina v različnih fazah rehabilitacijskega procesa.* Rehabilitacija lahko poteka v različnih ustanovah, od specializiranih rehabilitacijskih centrov in oddelkov v bolnišnicah do dnevni bolnišnic in ustanov v lokalnih skupnostih. Akutna rehabilitacija je pomembna, z njo je treba začeti čimprej, da bi tako izkoristili prednosti koncepta plastičnosti in zmanjšali možnosti zapletov. Za akutno rehabilitacijo pa ne zadostuje le mobilni tim rehabilitacijskih strokovnjakov, ki so sposobni svetovati vsem oddelkom v bolnišnicah, vključno z intenzivnimi enotami, temveč potrebuje tudi oddelke z lastnimi posteljami pod nadzorom specialista FRM. Bolniki potrebujejo tudi rehabilitacijo v specializiranih rehabilitacijskih ustanovah, ki jih vodijo specialisti FRM, tisti z dolgotrajnimi, pogosto napredujočimi boleznimi in okvarami pa jo potrebujejo tudi v skupnosti, saj jim ta zagotavlja ohranjanje splošne telesne pripravljenosti, zdravja in zmožnosti, in s tem omogoča njihovo samostojnost.

5. Specialnost fizikalne in rehabilitacijske medicine

Vloga specialista FRM, stanja, ki jih zdravi, orodja za diagnostiko in ocenjevanje ter pogosto uporabljeni posegi, so podrobneje razloženi v 5. poglavju in IV. prilogi.

6. Standardi v fizikalni in rehabilitacijski medicini

6.1. FRM je samostojna medicinska specialnost v vseh evropskih državah, razen na Danskem in na Malti. Izobraževanje običajno poteka najmanj štiri leta. Izobraževanje in delovne vsebine se po Evropi razlikujejo, vendar pa je Evropski odbor za FRM razvil celosten sistem podiplomskega izobraževanja, ki vključuje učni načrt, šolski dnevnik in izpite. Učitelji in učne rehabilitacijske ustanove v tem sistemu so akreditirani. Obstaja stalno podiplomsko izobraževanje s ponovnim preverjanjem znanja vsakih deset let. Podrobnejše informacije je mogoče najti na spletni strani www.euro-prm.org. Specialisti FRM so aktivni tudi pri dodiplomskem izobraževanju, saj bi morali načela rehabilitacije spoznati prav vsi študentje medicine, ki bi tako lahko kot bodoči zdravniki nudili boljšo oskrbo osebam z zmanjšano zmožnostjo.

6.2. Specialisti FRM osebe z akutnimi in kroničnimi stanji obravnavajo celovito. Njihovo delo je najpogosteje rehabilitacija stanj, kot so mišičnokostna in nevrološka obolenja, poškodbe, amputacije, okvare medeničnih organov, srčno-dihalno popuščanje in zmanjšana zmožnost zaradi kronične bolečine in raka.

6.3. Pristojnosti specialista FRM med drugim vključujejo:

- medicinsko ocenjevanje pri postavljanju osnovne diagnoze;
- ocenjevanje posameznikove funkcijske sposobnosti in zmožnosti spreminjanja;
- ocenjevanje dejavnosti in sodelovanja, kot tudi okoljskih dejavnikov;
- izdelava rehabilitacijskega načrta;
- poznavanje, izkušnje z uporabo in uporabo medicinskih in fizikalnih postopkov zdravljenja;
- ocenjevanje in merjenje izida rehabilitacijske obravnave;
- preprečevanje in obravnavo zapletov po boleznih/stanjih;
- napovedovanje napredovanja bolezni/stanja in rehabilitacijskega izida;
- poznavanje rehabilitacijske tehnologije;
- timsko dinamiko in vodstvene sposobnosti;
- sposobnost poučevanja;
- poznavanje socialnega sistema in invalidske zakonodaje.

Specialisti FRM v izobraževanje študentov medicine vključujejo načela rehabilitacije. Teh bi se morali naučiti vsi študenti medicine, saj bodo tako lahko, kot bodoči zdravniki, bolj skrbeli za vse osebe z zmanjšano zmožnostjo.

Sodelujejo tudi pri načrtovanju rehabilitacijskih služb in udejanjanju političnih ukrepov, ki zadevajo njihove bolnike. Vse te dejavnosti izhajajo iz potreb populacije in zahtevajo klinični nadzor rehabilitacijskih služb. Delo rehabilitacijskih služb je treba redno preverjati in dobivati tudi povratne informacije od uporabnikov.

7. Raziskave na področju FRM

FRM v celoti uveljavlja načela z dokazi podprte medicine in podpira aktivne raziskovalne programe, ki si prizadevajo razumeti osnovne rehabilitacijske procese in opredeliti osnovne dejavnike okrevanja ter posameznikove sposobnosti učenja in pridobivanja novih veščin. Za nadaljnje pridobivanje dokazov pa bodo morale biti raziskave boljše financirane.

8. Razvoj FRM v prihodnosti

8.1. Cilj specialnosti v prihodnosti je razvoj »rehabilitacijske kulture« kot temeljne pravice ljudi z zmanjšano zmožnostjo in invalidnostjo, ena izmed nalog specialistov FRM pa je uresničevanje tega cilja. To lahko dosežemo le z zagotavljanjem takih rehabilitacijskih ustanov, ki nudijo celostno oskrbo, pri ustanavljanju le-teh, naj bi imeli glavno vlogo specialisti FRM. Le tako bomo lahko dosegli pravično dostopnost za vse ljudi v Evropi, ki te ustanove potrebujejo. Specialnost FRM je dobro opremljena in lahko s prakso, ki temelji na dokazih, in z uporabo novih tehnologij v raziskovalni dejavnosti zagotovi odlične klinične standarde. Koristnost FRM je bila dokazana z znanstvenimi raziskavami, še posebej s hitro rastočim znanjem v medicini. Namen Bele knjige je razširiti zavedanje o koristnosti rehabilitacije in o prispevanju FRM k boljšemu, kvalitetnejšemu življenju oseb z zmanjšano zmožnostjo.

8. 2. Eden od najpomembnejših ciljev specialnosti mora biti sodelovanje z drugimi, dokler vsi ljudje v Evropi ne bodo imeli dostopa do celotnega obsega rehabilitacijskih služb na najvišji ravni. Specialnost šteje to za temeljno človekovo pravico. Upamo, da bo Bela knjiga bralcem z informacijami pomagala pri vključevanju v specialnost in pri doseganju njenega cilja.

1. UVOD

1.1. Bela knjiga določa naravo, delovno področje in merila v fizikalni in rehabilitacijske medicini (FRM) v Evropi. Vsebuje definicije specialnosti in pristojnosti specialistov na tem področju. Opisuje klinično delo in značilnosti izobraževanja in specializacije. Knjiga temelji na prvotni Beli knjigi, ki je bila objavljena leta 1989 (1). Ta je prispevala k razvoju specialnosti po vsej Evropi in je bila prevedena v veliko jezikov. Dvajset let kasneje je razširitev Evropske skupnosti primerna priložnost za posodobitev informacij o specialnosti v Evropi, saj le-ta, z velikim napredkom v medicini in tehnologiji, dobiva vse večji pomen.

1.2. Knjiga je predvsem namenjena trem skupinam:

- oblikovalcem politike na področjih zdravstvenega varstva, rehabilitacije in invalidnosti,
- splošni javnosti, še posebej invalidom in predstavnikom njihovih organizacij;
- strokovnjakom s področja zdravstvenega varstva v drugih medicinskih panogah in poklicih, povezanih z medicino.

1.3. Evropska medicinska skupnost se je z nedavno razširitvijo Evropske skupnosti okrepila, kar ponuja nove možnosti in izzive. Knjiga želi pomagati pri procesu poenotenja specialističnih dejavnosti FRM, in s tem osebam z zmanjšano zmožnostjo zagotoviti dobro oskrbo, ne glede na to, kje v tej razširjeni skupnosti prebivajo.

1.4. Sistemi zdravstvenega varstva na evropski in na nacionalnih ravneh se zelo spreminjajo. Pričakovanja javnosti glede zdravstvene oskrbe so vse višja, kar se kaže v filozofskih razpravah o človekovih pravicah in odgovornostih družbe, posebej v povezavi s polnim sodelovanjem oseb z zmanjšano zmožnostjo. Medicinska praksa se neprestano razvija, zvišujejo se klinični standardi in potreba po strokovnosti, ki jo zagotavljajo nenehen strokovni razvoj, ponovno vrednotenje in izpopolnjevanje specializacije. Zaradi rastoče potrebe po večji kompetentnosti je za FRM pomembno, da ponovno definira, kaj je, kaj lahko ponudi, kako lahko kar najbolje zagotavlja svoje storitve, in kakšne standarde izobraževanja zahteva od svojih specialistov. Pričujoča knjiga daje odgovore na te zahteve.

2. DEFINICIJE

2.1. Rehabilitacija

SZO rehabilitacijo definira kot »uporabo vseh sredstev, namenjenih zmanjšanju prizadetosti in oviranosti, in usposabljanju ljudi z zmanjšano zmožnostjo za kar najboljšo socialno integracijo« (2).

Definicija vključuje klinično rehabilitacijo, pomembno pa je, da obenem potrjuje koncept sodelovanja v družbi, ki zahteva prilagoditev družbenega okolja potrebam oseb z zmanjšano zmožnostjo, in sicer z odstranjevanjem družbenih in poklicnih ovir, ki to sodelovanje preprečujejo. V povezavi z zdravjem je rehabilitacija posebej definirana kot »proces aktivnega spreminjanja, s katerim oseba z zmanjšano zmožnostjo pridobi znanje in spretnosti, ki jih potrebuje za kar najboljše telesno, duševno in socialno funkcioniranje« (3). Ta definicija jasneje nakazuje proces, s katerim osebe z zmanjšano zmožnostjo razvijajo svoje lastne sposobnosti, kar pa je prav tisto področje, ki ga medicinska rehabilitacija najučinkoviteje podpira.

2.2. Fizikalna in rehabilitacijska medicina

Fizikalna in rehabilitacijska medicina v Evropi je samostojna medicinska specialnost. Sekcija za FRM pri UEMS jo definira:

- FRM je samostojna medicinska specialnost, ki se ukvarja s izboljševanjem telesnih in kognitivnih funkcij, dejavnosti (vključno z vedenjem), sodelovanja (vključno s kakovostjo življenja) ter prilagajanjem osebnih in okoljskih dejavnikov. Tako je odgovorna za preprečevanje, diagnostiko, zdravljenje in rehabilitacijsko obravnavo oseb z zdravstvenimi stanji, ki povzročajo zmanjšano zmožnost, in sočasnih obolenj v vseh starostnih obdobjih.
- Specialisti FRM celostno obravnavajo osebe z akutnimi in kroničnimi stanji, med katere sodijo na primer: mišičnokostne in nevrološke okvare, amputacije, okvare medeničnih organov, srčno-dihhalno popuščanje in zmanjšana zmožnost zaradi kronične bolečine ali raka.
- Specialisti FRM delajo v raznovrstnih ustanovah, od enot za akutno oskrbo do ustanov v lokalnih skupnostih. Uporabljajo specifična orodja za diagnostiko in ocenjevanje in izvajajo zdravljenje, ki vključuje farmakološke, fizikalne, tehnične, izobraževalne in poklicne posege. Zaradi svojega celostnega izobraževanja so najučinkovitejši kot vodje timov različnih strokovnjakov, saj tako lahko dosegajo najboljše rezultate (4).

Celostni modularni opis fizikalne in rehabilitacijske medicine v okviru MKF je na mednarodni ravni v fazi razprave in je opisan v prilogi Ia.

Razlaga obeh delov imena specialnosti fizikalna in rehabilitacijska medicina je opisan v prilogi Ib.

3. POMEN REHABILITACIJE ZA OSEBE Z ZDRAVSTVENIMI STANJI, KI POVZROČAJO ZMANJŠANO ZMOŽNOST IN INVALIDNOST, TER ZA DRUŽBO

3.1. Epidemiološki vidiki

3.1.1. Demografske spremembe v Evropi

Britanska raziskava navaja, da se okoli 10% zahodnoevropskega prebivalstva sooča z invalidnostjo (5, 6). Življenjska doba 700 milijonov Evropejcev se zvišuje, od tega jih 450 milijonov živi v državah Evropske skupnosti. Tako se je na primer življenjska doba v Nemčiji med letoma 1990 in 2000 zvišala za skoraj tri leta, do leta 2030 pa bo ena od štirih oseb starejša od 65 let (7, 8).

S staranjem prebivalstva se zvišuje raven zmanjšane zmožnosti in invalidnosti, kar se kaže v povečevanju bremena oskrbe, zviševanju stroškov za zdravstveno in socialno varstvo ter vplivu sočasnih obolenj. Upoštevati moramo dva pomembna dejavnika:

- večje možnosti za preživetje po resni bolezni ali poškodbi pomenijo naraščajoče število oseb s kompleksnimi težavami in funkcionalnimi okvarami. Mnogi so bili v času bolezni/poškodbe mladi in nato živijo še več desetletij. Takih primerov je veliko, npr. boljša organizacija akutne nege in rehabilitacije omogočata večje možnosti preživetja in boljši izid zdravljenja v primerih možganske kapi, nezgodne možganske poškodbe, politravme in raka v otroštvu (9-18),
- v današnji evropski družbi so vse večja pričakovanja za ohranjanje zdravja, kar postavlja nadaljnje zahteve celotnemu zdravstvenemu varstvu, vključno tudi specialistom FRM.

Ustrezno zdravljenje posledic bolezni ali poškodb, kot je spastičnost po poškodbi možganov ali hrbtenjače, prinese ne le izboljšanje bolnikovega življenja, temveč tudi ekonomsko korist v zdravstvu, zaradi zmanjševanja stroškov zdravljenja posledic teh zapletov. To neposredno vpliva na zdravstveno oskrbo, delovno dobo in pokojnine (15-17). Tako poleg sistemskih bolezni in zapletov po prehodnih stanjih, ki povzročajo zmanjšano zmožnost, postanejo pomembne tudi težave kot so nepomičnost, bolečina, prehrana, inkontinenca, motnje sporazumevanja, motnje razpoloženja in vedenja.

Rehabilitacija učinkovito zmanjšuje breme invalidnosti in osebam z zmanjšano zmožnostjo daje boljše možnosti. Dokazano je, da stroški za rehabilitacijo niso večji, kot bi jih zahtevala zdravstvena oskrba, če bi rehabilitacijskih služb ne bilo (14). Prav gotovo lahko preprečevanje zapletov pri nepomičnosti (npr. preležanine in kontrakture), po možganskih poškodbah (npr. vedenjske motnje) in pri bolečini (npr. nihanje razpoloženja) prinaša veliko koristi, za kar obstajajo trdni dokazi (19).

3.1.2. Epidemiologija funkcioniranja in invalidnosti

Metodologija epidemioloških raziskav je tradicionalno zasnovana na etioloških diagnozah. Sedaj smo pričeli v študijah obravnavati kronične bolezni kot entitete, vendar se še nismo ustrezno spoprijeli s koncepti funkcioniranja, sodelovanja in kakovosti življenja v populaciji oseb z zmanjšano zmožnostjo.

Sodoben pristop obravnava te probleme z usmeritvijo k pričakovanju zdravega življenja (Healthy Life Expectancy - HALE) in leta življenja prilagojena zmanjšani zmožnosti (Disability - Adjusted Life-Years, DALYs). To so meritve zdravja prebivalstva, ki s kombinacijo podatkov o smrtnosti in preživetju, predstavljajo zdravje prebivalstva z eno samo številko.

Poleg pogostnosti in razširjenosti bolezni na tem področju (možganska kap, poškodbe hrbtenjače, nezgodne poškodbe možganov, amputacije, revmatska obolenja, druga nevrološka in mišičnokostna stanja, kronična bolečina itd.) mora epidemiologija v FRM upoštevati tudi:

- posledično izgubo funkcij, opredeljeno z merili v MKF;
- naravno zgodovino posameznikovega funkcioniranja, dejavnosti in sodelovanja;
- potrebo in dostop do virov, ki jih uporabljamo v rehabilitaciji (človeški viri, ustanove, oprema, materiali);
- dostop do razpoložljivih virov FRM.

Informacije o učinkovitosti in stroškovnem učinku ukrepov FRM pomagajo pri načrtovanju in določanju prednostnih nalog regionalnih, nacionalnih in evropskih služb, pri financiranju raziskav in razvoju izobraževanja.

Številna poročila navajajo podatke o pogostnosti in razširjenosti glavnih zdravstvenih stanj, ki povzročajo zmanjšano zmožnost in invalidnost, in ki jih lahko spremljamo v praksi FRM. Nekaj primerov je navedenih v prilogi II. FRM se posebej zanima za njihov vpliv in nedavna portugalska študija poroča, da je 0,7% prebivalstva, omejenih na ležanje v postelji; 0,4% na sedenje (potrebujejo invalidski voziček); 1,9% jih ne živi doma; 9% ne hodi ali so pri hoji zelo ovirani; 8,5% je omejenih pri premeščanju s postelje in na posteljo; 6,2% ne more uporabljati stranišča brez pomoči; 8,6% potrebuje pomoč pri oblačenju ali slačenju; 3,6% moških in 5,3% žensk je inkontinentnih; okoli 2,3% ima govorne težave. Skupna razširjenost vseh oblik invalidnosti v skupnosti znaša 10% (2).

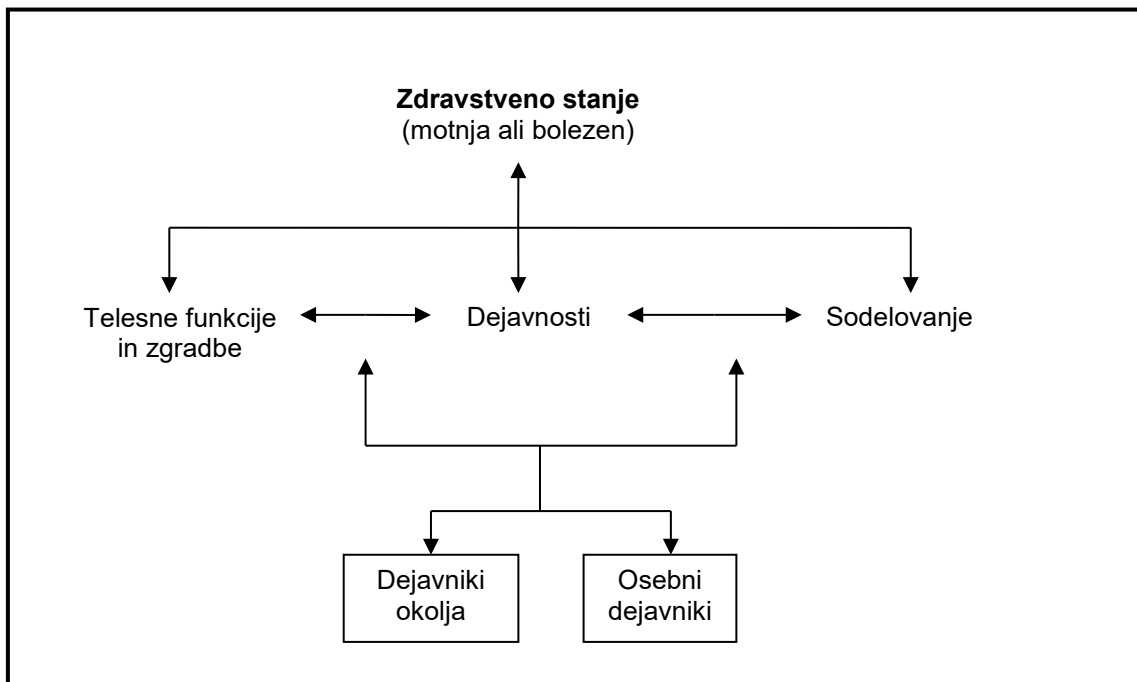
Če povzamemo, epidemiološki podatki potrjujejo potrebo po rehabilitaciji v Evropi. Medicinska specialnost FRM lahko pomembno prispeva k zmanjšanju bremena bolezni in vračanju samostojnosti osebam z zmanjšano zmožnostjo.

3.2. Model funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja v rehabilitaciji, kot ga uporablja Svetovna zdravstvena organizacija

SZO je leta 2001 objavila Mednarodno klasifikacijo funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (20), ki je bistveno prispevala k boljši analizi posledic bolezni in zdravstvenih stanj ter k boljši osnovi za delo fizikalne in rehabilitacijske medicine.

Ocena vpliva, ki ga ima bolezen na posameznika, se razlikuje glede na medicinski ali rehabilitacijski vidik, s katerega ta vpliv ocenjujemo. Z vidika medicine ali bolezni so posameznikove funkcije, zmanjšana zmožnost in zdravje obravnavani prvotno kot posledice ali vpliv bolezni ali zdravstvenega stanja. Medicinski ukrepi so usmerjeni v bolezenski proces in njihov glavni cilj je preprečitev posledic, ki jih ima ta proces na posameznika. Pri vrednotenju izida zdravljenja, povezanega z bolnikom, merimo tako funkcije kot zdravje (21).

Z vidika FRM sta bolnikovo funkcioniranje in zdravje povezana z zdravstvenim stanjem ali boleznijo in nista izključno njuna posledica. Poleg tega funkcioniranje ne predstavlja le izida obravnave, temveč tudi izhodiščno točko kliničnega ocenjevanja in ukrepov, ki je pomembno tudi za kakovostno obravnavo. Nadalje je funkcioniranje tesno povezano s posameznikovimi značilnostmi in okoljem (22). Zatorej se rehabilitacijski proces usmerja v funkcioniranje, okolje in prilagodljive osebne dejavnike (11). Rehabilitacija se torej prične s poglobljenim razumevanjem značilnosti posameznikovega funkcioniranja in njegovih prepletanj z osebnimi in okoljskimi dejavniki, ne glede na zdravstveno stanje. Sestavne dele biopsihosocialnega modela funkcioniranja in zmanjšane zmožnosti (23,24) ter njihovo medsebojno vplivanje prikazuje slika 1.



Slika 1. Aktualni okvir funkcioniranja in zmanjšane zmožnosti - Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF), SZO (20).

Razumevanje temelji na biopsihosocialnem modelu funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) (20). Po tem modelu funkcioniranje s sestavnima deloma *telesne funkcije in zgradbe* in *dejavnosti* ter *sodelovanje* obravnavamo v povezavi z zdravstvenim stanjem pa tudi v povezavi z *osebnimi* in *okoljskimi dejavniki* (slika 1) (25, 26). Pri opisovanju medsebojnega vpliva med posameznikom z zdravstvenim stanjem in spremljajočimi dejavniki (osebni in okoljski dejavniki) je »funkcioniranje« pozitivnejše kot »zmanjšana zmožnost«. Zmanjšana zmožnost je pogosto uporabljena kot skupni termin za okvare, omejitve dejavnosti ter omejitve sodelovanja. Če to vemo, nam lahko pomaga pri prebiranju literature. Z vidika tukaj predstavljenega biopsihosocialnega modela pri raziskovanju zmanjšane zmožnosti, brezpogojno upoštevamo tudi funkcioniranje in obratno. (Primer uporabe modela MKF pri bolniku z mišičnokostno motnjo prikazuje slika 2.)

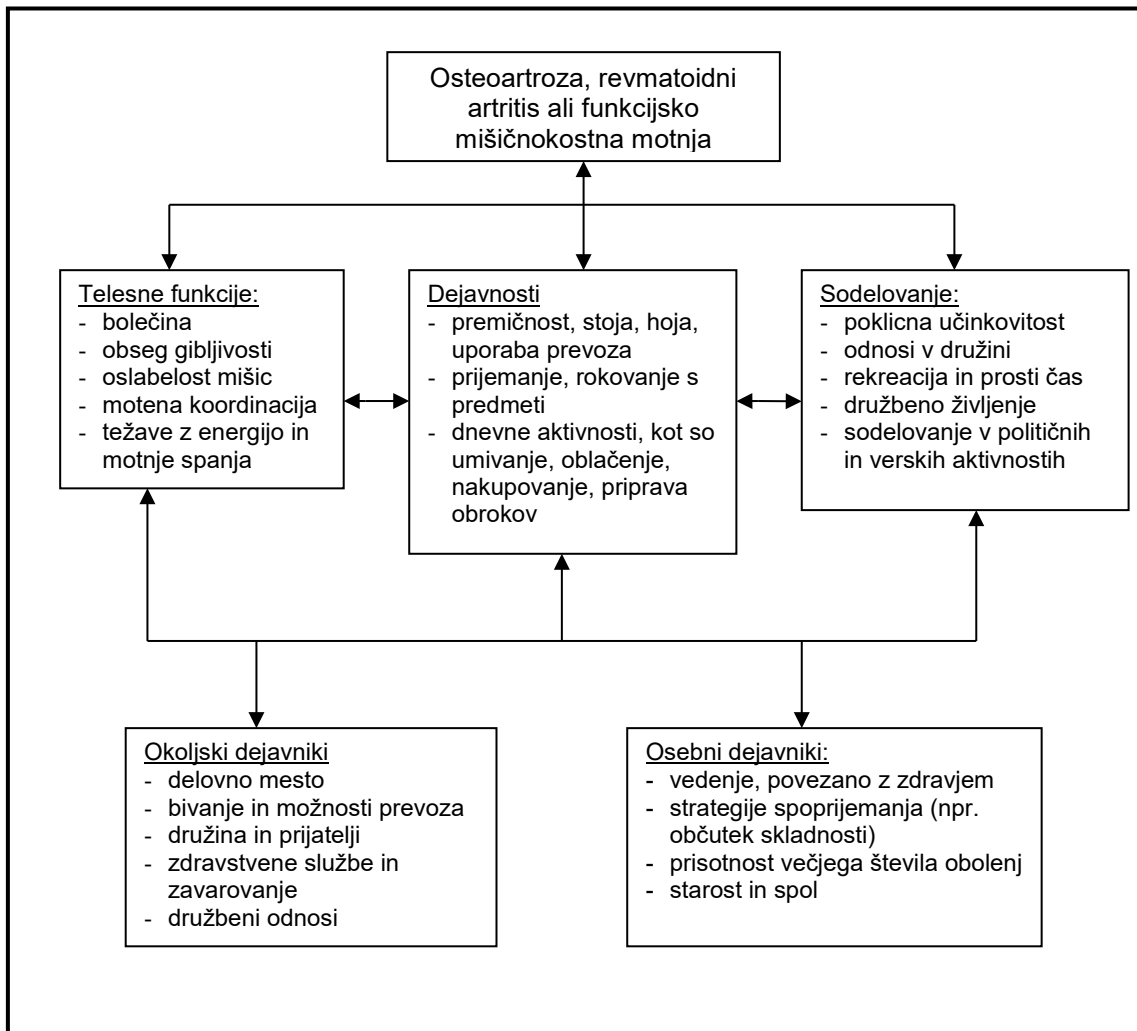
- Zdravstveno stanje je skupni izraz za bolezen, okvaro, poškodbo, in lahko vključuje tudi druge okoliščine, npr. staranje, stres, prirojeno anomalijo ali genetsko predispozicijo. Lahko

vključuje tudi informacije o patogenezi in/ali etiologiji. Medsebojno vplivanje lahko posega v vse sestavne dele funkcioniranja, telesne funkcije in zgradbe, dejavnosti in sodelovanje.

- Telesne funkcije so definirane kot fiziološke funkcije telesnih sistemov, vključno z duševnimi, kognitivnimi in psihičnimi funkcijami. Telesne zgradbe so anatomske deli telesa, npr. organi, udi in njihovi sestavni deli. Nepravilnosti v funkciji kot tudi v telesni zgradbi so označene kot okvare, ki so definirane kot večja odstopanja ali izguba (npr. deformacija) zgradbe (npr. sklepa) in/ali funkcije (npr. zmanjšan obseg gibljivosti, mišična oslabeledost, bolečina in izčrpanost).
- Dejavnost je posameznikovo izvajanje opravila ali dejanja in predstavlja individualni vidik funkcioniranja.
- Sodelovanje je posameznikovo vključevanje v življenjske okoliščine in predstavlja družbeni vidik funkcioniranja. Težave na ravni dejavnosti so označene kot omejitve dejavnosti (npr. omejitve gibanja, kot so hoja, vzpenjanje po stopnicah, prijemanje ali prenašanje predmetov). Težave, ki jih lahko doživlja posameznik pri vključevanju v življenjske okoliščine, so omejitve sodelovanja (npr. omejitve pri življenju v skupnosti, rekreaciji in dejavnostih v prostem času, lahko pa tudi omejitve hoje, kadar je hoja vidik sodelovanja v življenjskih okoliščinah).
- Okoljski dejavniki predstavljajo celotno ozadje posameznikovega življenja in življenjskih okoliščin. Spadajo med spremljajoče dejavnike in obsegajo fizično in družbeno okolje, v katerem živijo posamezniki, ter tudi stališča okolja. S stališča posameznika so to zunanji dejavniki in lahko pozitivno ali negativno vplivajo na posameznika, torej so lahko zanj olajševalne ali pa oteževalne okoliščine.
- Osebni dejavniki so specifično ozadje posameznikovega življenja in življenjskih okoliščin in vključujejo značilnosti posameznika, ki niso del njegovega zdravstvenega stanja, npr. spol, starost, rasa, telesna pripravljenost, življenjski slog, navade in družbeni in socialni status. Dejavnike tveganja lahko tako opišemo znotraj osebnih dejavnikov (npr. življenjski slog, genetska predispozicija) in okoljskih dejavnikov (npr. arhitekturne ovire, življenjski in delovni pogoji). Dejavniki tveganja niso povezani le z nastopom zmanjšane zmožnosti, temveč medsebojno vplivajo na vsako stopnjo procesa, ki do nje pripelje.

Fizikalna in rehabilitacijska medicina z multidisciplinarnim delom izboljšuje posameznikovo funkcioniranje (27, 28). Tako njeno delo temelji na popolnem ovrednotenju in razumevanju posameznikovega funkcioniranja.

Ključni izbor kod MKF (ICF Core Sets) za različna zdravstvena stanja je mednarodno sprejet. (29-31). Zaradi praktičnosti vključujejo kar najmanjše število področij, ki jih opredeljuje MKF, vendar še vedno dovolj za celotno opisovanje značilnega spektra težav pri funkcioniranju, s katerimi se soočajo bolniki z določenim stanjem. Uporabljajo se v obsežnih, multidisciplinarnih ocenjevanjih ali v kliničnih študijah. Tako lahko polo MKF uporabimo skupaj s ključnimi izbori kod MKF in s tem izboljšamo interna poročila in dokumentacijo ter strukturiramo multidisciplinarno oskrbo (32, 33).



Slika 2. Primer uporabe modela MKF pri mišičnokostni motnji

3.3. Etični vidiki in človekove pravice

3.3.1. Invalidnost in človekove pravice

V preteklosti je prevladovalo mnenje, da zadostuje, če invalidom nudimo in oskrbo. V zadnjih dvajsetih letih pa je v Evropi prišlo do filozofskega premika, tako da na invalide gledamo kot na prebivalce s polno avtonomijo in človekovimi pravicami. To stališče je v duhu standarda ZN o človekovih pravicah in je vodilo v oblikovanje zakonodaje, ki preprečuje diskriminacijo invalidov.

Deklaracija ZN o človekovih pravicah (34) navaja, da invalidi ne smejo biti vse življenje predmet nege in oskrbe («bolniki»). So prebivalci s posebnimi potrebami, povezanimi z določeno zmanjšano zmožnostjo. V družbi moramo za te potrebe poskrbeti, vendar v kontekstu »normalnosti«. Posameznikovo sodelovanje je pri tem bistvenega pomena, osrednji vidik sodelovanja pa je dostop do družbe. To vključuje fizično dostopnost, npr. v zasebne in javne

prostore in zgradbe, pa tudi dostopnost javnega prevoza, informacij itd. V več evropskih državah so sprejeli pravilnike o dostopnosti, ki veljajo pri gradnji javnih objektov. Generalna skupščina ZN je decembra 1993 potrdila pripravo standardov ZN, sedaj pa pripravljajo konvencijo o zagotavljanju polnega sodelovanja in enakosti za invalide. To je bilo pri postavljanju osnovnih načel pomembno.

Prav tako je Svet Evrope objavil serijo poročil in dokumentov o človekovih pravicah invalidov. Posebej je podprl deklaracijo evropskih ministrov, odgovornih za integracijsko politiko invalidov, ki so se v Malagi sestali leta 2003. Njeni cilji so:

- v naslednjem desetletju izboljšati kakovost življenja invalidov in njihovih družin;
- sprejeti ukrepe za izboljševanje kakovosti življenja invalidov, ki morajo temeljiti na dobri in jasni presoji njihovega položaja, zmožnosti in potreb;
- oblikovati akcijski načrt za doseganje teh ciljev;
- omogočiti enakost pri zaposlovanju, kot ključnega elementa družbenega sodelovanja;
- sprejeti inovativne pristope, kajti življenjska doba oseb s telesnimi, psihičnimi ali intelektualnimi okvarami se daljša;
- oblikovati dejavnosti za ohranjanje telesnega in duševnega zdravja v kasnejših življenjskih obdobjih;
- invalidom okrepiti pomoč in podporo v okolju, kjer intenzivno pomoč najbolj potrebujejo;
- spodbujati kakovost služb in storitev;
- oblikovati programe in vire za zadovoljevanje potreb invalidov.

Leta 2005 je Svetovna zdravstvena skupščina sprejela resolucijo »Invalidnost, vključno s preventivo, obravnavo in rehabilitacijo« (Resolucija Svetovne zdravstvene skupščine 58.23). Ta med drugim določa, da morajo države članice:

- sodelovati v dejavnostih za preprečevanje invalidnosti;
- spodbujati in krepiti rehabilitacijske programe v lokalnih skupnostih, ki so povezani z osnovnim zdravstvenim varstvom in vključeni v zdravstvene sisteme,
- olajšati dostopnost do ustrezne podporne tehnologije in spodbujati njen razvoj in razvoj drugih oblik podpore, ki omogočajo boljše vključevanje invalidov v družbo;
- preučiti in izvajati najučinkovitejše dejavnosti za preprečevanje invalidnosti;
- zagotoviti ustrezno in učinkovito zdravstveno oskrbo za osebe s posebnimi potrebami in olajšati dostopnost do te oskrbe, vključno s protezami, invalidskimi vozički, pripomočki za vožnjo in drugimi pripomočki;
- raziskati in izvajati najučinkovitejše ukrepe za preprečevanje invalidnosti v sodelovanju z lokalnimi skupnostmi in z drugimi činitelji.

Poleg tega so v resoluciji generalnega sekretarja zadolžili, da:

- okrepi sodelovanje znotraj organizacije ZN, da bi tako izboljšali kakovost življenja in podpri pravice in dostojanstvo invalidov;
- pomaga državam članicam pri krepitvi nacionalnih rehabilitacijskih programov;
- podpira države članice pri zbiranju zanesljivih podatkov o vseh pomembnih vidikih, vključno s podatki o finančni učinkovitosti ukrepov za preprečevanje invalidnosti, o rehabilitaciji in oskrbi;
- krepiti sodelovanje znotraj Združenih narodov in z državami članicami, z nevladnimi organizacijami, vključno z invalidskimi organizacijami;
- spodbuja študije o razširjenosti in pogostnosti invalidnosti, ki bodo služile kot osnova za oblikovanje strategij za preprečevanje, zdravljenje in rehabilitacijo.

Več evropskih držav je sprejelo zakonodajo o pravicah invalidov (36, 37). Nekatere so že imele obstoječo zakonodajo s splošnimi usmeritvami o rehabilitaciji invalidov (npr. francoski zakon o invalidih iz leta 1975), v večini držav pa so sprejeli zakonodajo proti diskriminaciji šele v zadnjih 15 letih, npr. zakon o enakih možnostih za invalide (Nemčija), okvirni zakon (Italija), ustavni zakon (Finska), zakon o zagotavljanju pravic za invalide (Madžarska 1998), »Zdravje za vse 2004« (Slovenija), zakon proti diskriminaciji invalidov 1996 (VB), »V smeri vključevanja 2001« (VB) itd. Vsa zakonodaja se uveljavlja v praksi FRM in jo specialisti FRM podpirajo.

3.3.2. Vprašanja spola, rase, kulture, vere in spolne usmerjenosti

Enakopraven dostop do rehabilitacije in družbenega sodelovanja brez kakršnekoli diskriminacije je za zagotavljanje in izvajanje rehabilitacije bistvenega pomena. Specialisti FRM se zavedajo pritiskov, ki jih doživljajo posamezniki zaradi razlik v spolu, rasi, kulturi, religiji in spolni usmerjenosti. Ti pritiski lahko okrnijo sposobnost posameznikovega prilagajanja, ker vplivajo na telesno podobo, psihično stanje in blaginjo. Rehabilitacija celovito podpira posameznikovo neodvisno življenje in za mnoge posameznike sta religija in duhovnost pomembna dejavnika v rehabilitacijskem procesu.

V rehabilitacijskih ustanovah že obstajajo programi, ki spodbujajo enakopravno dostopnost, npr. staršem omogočajo sodelovanje v rehabilitacijskem programu.

3.3.3. Pravica do rehabilitacije

Dostop do rehabilitacije je temeljna človekova pravica. Evropska zakonodaja jasno določa, da morajo invalidi imeti dostop do ustrezne rehabilitacije. Zato vsi rehabilitacijski strokovnjaki, vključno s specialisti FRM, potrebujejo ustrezno raven znanja in usposobljenosti. FRM ima pomembno vlogo pri svetovanju in razvoju rehabilitacijskih služb in pri sodelovanju z vladnimi telesi in nevladnimi organizacijami. FRM je prav tako odgovorna za podporo invalidskim organizacijam, da bi dosegli enakopraven dostop do rehabilitacije in družbeno integracijo. To je pomembno, kajti uveljavljanje vseh človekovih pravic in preprečevanje diskriminacije zahtevata večjo dejavnost in razvoj. O tem govori tudi sekcija za FRM pri EUMS (glej poglavje 6.4)

Svet Evrope je predlagal zakonodajo o pravicah invalidov, ki vsebuje naslednja področja (37):

- preprečevanje invalidnosti in zdravstveno vzgojo;
- ugotavljanje in diagnostiko;
- zdravljenje in terapevtski pripomočki;
- izobraževanje;
- poklicno svetovanje in usposabljanje;
- zaposlovanje;
- družbeno vključevanje in okolje;
- socialna, ekonomska in zakonska zaščita;
- izobraževanje oseb, vključenih v rehabilitacijo in vključevanje invalidov v družbo;
- informacije;
- statistika in raziskave.

Tretje pravilo standardov ZN (38) navaja, da »morajo vlade razviti lastne rehabilitacijske programe za vse skupine invalidov«. Programi morajo temeljiti in izhajati iz potreb invalidov in iz načel polnega sodelovanja in enakosti. Rehabilitacija mora biti dostopna vsem, ki jo potrebujejo. To velja tudi za vse osebe z obsežnimi ali raznovrstnimi oblikami invalidnosti. Pri razvoju ali ocenjevanju rehabilitacijskih programov naj vlade uporabijo strokovno znanje invalidskih organizacij. Na žalost se ta standard v večini evropskih držav upošteva le deloma, kar je izziv tako za specialiste FRM kot tudi za celotno javnost. Praksa FRM ne temelji na monolitnem medicinskem modelu, temveč upošteva družbene vidike in ima celovit pristop. Temelji na biopsihosocialnem modelu trajne, neprekinjene oskrbe, in upošteva tako osebne kot okoljske dejavnike. Uporabnikom zagotavlja osebno integriteto in prispeva k polnemu sodelovanju v vseh vidikih življenja.

Kljub potrditvi človekovih pravic v priporočilih, sprejetih ob Mednarodnem letu invalidov (1981) in ob Evropskem letu invalidov (2003), problem dostopa do rehabilitacije po bolezni ali poškodbi ostaja. Vzrok za to je deloma v pomanjkanju informacijskih virov, premajhni informiranosti invalidov in v slabi organizaciji služb. Sodelovanje mnogih invalidov ovirajo tradicionalna družbena stališča, vendar pa je treba več pozornosti nameniti tudi izboljšanju zdravja in izobrazbe invalidov, pri čemer ima FRM odločilno vlogo.

3.3.4. Etična vprašanja rehabilitacije, povezane z zdravjem

Osebe z zmanjšano zmožnostjo bi morale aktivno sodelovati pri oblikovanju in razvoju rehabilitacijskih služb. Primer njihovega vključevanja v delo rehabilitacijskega tima je bil program EU HELIOS (1990-96), katerega namen je bil izboljšati možnosti za » prebivalce Evrope z zmanjšano zmožnostjo, ki živijo samostojno v odprti družbi« Eno njegovih delovni teles je za dobro rehabilitacijsko delo priporočilo:

- oseba z zmanjšano zmožnostjo mora biti v središču pristopa, ki združuje strokovnjake z različnih področij, in se ob ustrezni informaciji lahko sama odloča o svojem zdravljenju. Polno mora sodelovati v procesu in imeti pravico do storitev, ne glede na vrsto invalidnosti, starost, spol, religijo, etično poreklo, kraj bivanja in finančno zmogljivost;
- če je primerno, naj sodeluje tudi družina;
- kontinuirani in usklajeni ukrepi morajo posamezniku omogočiti vrnitev v običajno okolje in v izbrano družbeno ter poklicno življenje;
- rehabilitacijske postopke zdravljenja morajo ocenjevati njihovi uporabniki.

Vsi rehabilitacijski oddelki in programi morajo oblikovati jasne operativne načrte, ki upoštevajo etiko in človekove pravice, da bi:

- bolnike ves čas obravnavali dostojanstveno in spoštljivo;
- bolnikom zagotovili informacije in jim s tem olajšali sprejemanje odločitev;
- pridobili bolnikovo pisno dovoljenje in omogočili tudi pisno zavrnitev;
- ugotovili bolnikovo zmožnost, da se ustrezno odloča;
- zaščitili bolnikovo zasebnost in zaupnost;
- prepovedali telesno ali psihično zlorabo;
- sprejemali kulturna, verska in druga prepričanja in drugačne oblike zdravljenja;
- odstranili arhitekturne ovire in ovire na področju stališč, sporazumevanja, zaposlovanja in druge.

3.4. Rehabilitacija in zdravstveni sistemi

Dostopnost in financiranje rehabilitacijskih služb se med državami razlikujeta in sta odvisna od sistema zdravstvenega in socialnega varstva. Nadzor v teh sistemih vključuje politike, načrtovalce in organizacije, ki financirajo zdravstveno in socialno varstvo, skupine za samopomoč in druge v lokalnih skupnostih.

Lokalno določeno financiranje je vzrok za razlike v dostopnosti akutne rehabilitacije in rehabilitacije za vzdrževanje funkcijskega stanja (angl. maintenance rehabilitation *op.prev*), medtem ko v nekaterih državah zdravstvene službe v zavarovalnicah odločajo o dostopu do rehabilitacije, posebej na področju rehabilitacije za vzdrževanje funkcijskega stanja. V nekaterih državah in v akutni rehabilitaciji splošni zdravniki in drugi specialisti medicine napotijo bolnike v rehabilitacijski center. Spet v drugih državah pa lahko gre bolnik neposredno v rehabilitacijsko kliniko. V nekaterih državah izvajalci v osnovnem zdravstvenem varstvu lahko pooblastijo specialistične ambulantne službe, v drugih se lahko bolnik napoti sam. Zaradi raznolikosti evropskih nacionalnih sistemov bi bilo nemogoče opisati vse. Vsaka država članica pa lahko nudi potrebne informacije.

Struktura rehabilitacijskih služb in njihovo zagotavljanje se po Evropi razlikujeta. V mnogih državah so specialisti FRM maloštevilni. Čeprav je specialnost v vsej Evropi zelo spoštovana, pa so med državami velike razlike v številu specialistov, v njihovi vlogi v zdravstvenem sistemu in pogojih dela.

Priloga III prikazuje razlike v številu specialistov po deželah. Optimalno število specialistov na enoto prebivalstva v Evropi še ni določeno, razlika med državami pa je očitna.

3.5. Cilji in izid rehabilitacije

Posameznikovega rehabilitacijskega potenciala (tj. z rehabilitacijo dosežene koristi) ne moremo določiti brez poznavanja zgodovine njegovega zdravstvenega stanja. Nekateri posamezniki okrevajo spontano, tako da lahko zgodnji ukrepi dajejo lažen vtis o učinkovitosti zdravljenja (39-41). Po drugi strani pa, če posameznik ni vključen v rehabilitacijski program, se mnogim zmanjša raven samostojnosti in kakovosti življenja (41). Kontrolirane študije, ki so upoštevale te dejavnike, so pokazale, da je zgodnje ukrepanje povezano z izboljšanim izidom zdravljenja, ne glede na to ali pride do popolnega okrevanja ali ne, in da lahko koristi tudi zakasnelo ali pozno ukrepanje (42, 43).

Splošni cilj rehabilitacije je osebam z zmanjšano zmožnostjo omogočiti, da živijo kot bi želeli, kljub neizogibnim omejitvam dejavnosti, ki jih povzročajo okvare, zaradi bolezni ali poškodbe. V praksi to najlažje dosežemo s kombinacijo ukrepov, ki:

- presežejo ali zaobidejo okvare;
- odstranijo ali zmanjšajo ovire, ki preprečujejo sodelovanje posameznika v njegovem okolju;
- podpirajo posameznikovo ponovno vključevanje v družbo.

Ker proces v središče postavlja bolnika, je prav, da kar najboljše razvije tako dejavnosti kot sodelovanje.

Rehabilitacijski načrt mora tako upoštevati želje in zmožnosti posameznika, napoved njegovega zdravstvenega stanja, značilnosti njegove telesne ali kognitivne okvare in njegovo sposobnost za pridobivanje novega znanja in spretnosti, ki naj bi mu omogočile izboljšati raven dejavnosti in sodelovanja. Poleg tega moramo oceniti, v kolikšni meri lahko zmanjšamo okoljske omejitve sodelovanja (pa najsi izvirajo iz samega fizičnega okolja ali iz vedenja drugih oseb). Na koncu pa

moramo presoditi, ali imamo na voljo dovolj sredstev za izvedbo načrta. Posameznikova blaginja in družbeno sodelovanje sta glavni značilnosti uspešnega izida rehabilitacije, ki v svoje središče postavlja bolnika (43).

Blaginja je verjetno zanesljivejši pokazatelj uspešnosti, kot kakovost življenja, saj morajo cilji rehabilitacije odražati enkratnost želje posameznika, čeprav imajo lahko različni ljudje, v okvirno podobnih situacijah, različne cilje. Mnoge meritve kakovosti življenja, ki jih trenutno uporabljamo, posredno presojujejo pomembnost posameznih objektivnih dejavnikov, na primer zmožnost vzpenjanja po stopnicah, ki pa morda niso enako pomembni za vse osebe z zmanjšano zmožnostjo.

Rehabilitacija lahko olajša breme, ki ga prinaša zmanjšana zmožnost, tako posameznikom kot družbi. Dokazano je, da učinkovito izboljšuje posameznikovo funkcioniranje in neodvisno življenje, saj izboljšuje njegovo dejavnost in zdravje in zmanjšuje zaplete in učinke sočasnih obolenj. To prinaša koristi posameznikom in družbi, saj pomeni večjo osebno avtonomijo, boljše možnosti za zaposlovanje in druge poklicne dejavnosti. Pri vrnitvi v neodvisno življenje in delo sodeluje mnogo družbenih dejavnikov in FRM lahko pomaga posameznikom in njihovim družinam/skrbnikom, da kar najbolje izkoristijo vse možnosti, ki so jim na voljo.

Dokazano je, da je rehabilitacija učinkovita, ne le pri izboljševanju posameznikovega funkcioniranja in neodvisnega življenja, temveč tudi pri zmanjševanju stroškov, ki jih povzroča odvisnost (44). Dokazano je bilo, da se denar, porabljen za rehabilitacijo, povrne z do sedemnajstkratnim prihrankom (45-47).

Na ravni posameznika je merjenje izida bistvenega pomena, saj s tem ocenjujemo učinkovitost določenih rehabilitacijskih ukrepov in služb. Meritve izida rehabilitacije se morajo neposredno nanašati na specifične cilje, ki so določeni v rehabilitacijskem načrtu. Ocenjevanje učinkov rehabilitacije se bistveno razlikuje od ocenjevanja pri medicinskem zdravljenju, ki je usmerjeno v omejevanje vpliva zdravstvenih stanj ali v ozdravljenje bolezni. Učinke rehabilitacije lahko uspešno dosežemo tudi v primerih, ko ni biološkega okrevanja, in tudi pri stanjih, ki se občasno ali postopno slabšajo. V slednjem primeru mora rehabilitacija potekati neprekinjeno, da bolniku omogoči ohranjanje ravni sodelovanja in blaginje, kar bi sicer ne bilo mogoče. Rehabilitacijske službe moramo redno nadzirati in spreminjati, prilagajati.

4. NAČELA FIZIKALNE IN REHABILITACIJSKE MEDICINE

4.1. Učni procesi kot osnovno načelo fizikalne in rehabilitacijske medicine

Učenje je sodoben del rehabilitacijskega procesa. Specialist FRM je učitelj, še posebej kadar morajo rehabilitacijski programi temeljiti na novih konceptih prilagajanja (npr. plastičnost) in motoričnega učenja. Specialisti FRM morajo poznati načela prilagajanja in plastičnosti ter teoretične osnove načel poučevanja in učenja (47).

Poznavanje teh načel pomaga pri oblikovanju strategij, ki izboljšajo izid in se izogibajo slabi prilagojenosti. Učinkoviti sodobni koncepti motoričnega učenja in okrevanja so izdelani tako, da stremijo k pridobivanju veščin, ki so pomembne za bolnikovo vsakdanje življenje. S takim pristopom se izognemo pojavu učenja tistega, česar ne uporabljamo, in posamezniku povrnemo funkcioniranje. Vendar pa je preveč intenziven program lahko škodljiv (48). Običajno učenje vsebuje navodila o tem, »kako nekaj narediti« ali »kako opraviti nalogo«. Vendar pa je posameznik, s preprosto uporabo neposrednega učenja, tudi brez posebnih navodil sposoben razumeti, kako naj kaj naredi.

Domnevajo, da posredno in neposredno učenje potekata po različnih živčnih poteh. Posredno učenje je bolj odporno za nevrološke poškodbe, še posebej, kadar je hudo prizadet posameznikov spomin. Čeprav se trenutno pogosteje uporablja prvi pristop, sta oba procesa učenja pomembna v vseh vidikih fizikalne in rehabilitacijske medicine. (49)

4.2. Cilji fizikalne in rehabilitacijske medicine

Osnovni cilj fizikalne in rehabilitacijske medicine je izboljšati posameznikovo družbeno sodelovanje in kakovost življenja. To običajno vključuje pomoč in podporo posamezniku, da se odloči in doseže tako raven in vzorce samostojnosti in neodvisnosti, ki jo želi, vključno s sodelovanjem v poklicnih, družbenih in priložnostnih dejavnostih, v skladu s človekovimi pravicami (49).

Fizikalna in rehabilitacijska medicina je učinkovita na pet načinov:

- zdravljenje osnovnega zdravstvenega stanja;
- zmanjševanje okvare in/ali invalidnosti;
- preprečevanje in zdravljenje zapletov po bolezni;
- izboljševanje funkcij in dejavnosti;
- omogočanje sodelovanja.

Vse te aktivnosti upoštevajo posameznikove osebne, kulturne in okoljske dejavnike in sledijo načelom MKF (glej poglavje 3.2.).

Rehabilitacija je neprekinjen in usklajen proces, ki se prične ob nastopu bolezni ali poškodbe in se nadaljuje, dokler posameznik ne doseže družbene vloge, ki se sklada z njegovimi življenjskimi pričakovanji in željami.

4.3. Rehabilitacijski tim

4.3.1. Rehabilitacijsko timsko delo

Rehabilitacija je dejavnost, ki združuje strokovnjake z različnih strokovnih področij (4) in je odvisna od dobre komunikacije med osebjem in od znanja vseh sodelujočih strokovnjakov. Rehabilitacijski tim za svoje delovanje potrebuje jasne rehabilitacijske cilje za posameznega bolnika, pri čemer morajo polno sodelovati bolnik in njegovi bližnji. Vrednost timskega dela je v tem, da je učinkovitost tima večja, kot bi bila vsota vloženega dela posameznih strokovnjakov. Prednosti timskega dela so v delitvi strokovnega znanja in delovne obremenitve. Med vlogami posameznih članov tima so meje dokaj zabrisane in uspešni timi svoj uspeh gradijo na tem, da prispevajo vsi člani, ne glede na njihovo specialnost. Večina rehabilitacijskih timov, ki obravnavajo telesno zmanjšano zmožnost, je sestavljena iz osnovne skupine strokovnjakov in pa tudi ostalih, ki skrbijo za določene potrebe.

4.3.2. Rehabilitacijski tim

Specializirane medicinsko-rehabilitacijske time vodijo specialisti FRM. So mnogo več kot le skupina različnih medicinskih strokovnjakov. Posamezniki morajo delati kot del tima in razumeti vloge in pomembnost svojih sodelavcev. Tim skupaj z osebo z zmanjšanimi zmožnostmi in njegovo družino oblikuje ustrezne, uresničljive in časovno ustrezne cilje zdravljenja, znotraj splošnega koordiniranega rehabilitacijskega programa. Cilji se med programom in v skladu z napredkom prilagajajo. V svoje središče postavljajo bolnika in ne temeljijo na posamičnih in ločenih strokovnih področjih. Člani tima se ne sprašujejo: »Kakšni so ta teden cilji delovnega terapevta?«, temveč »Kakšni so bolnikovi cilji ta teden, in kako mu pri njihovem doseganju lahko pomaga delovni terapevt?« Na ta način rehabilitacija izboljšuje bolnikovo funkcioniranje in sodelovanje, saj zagotavlja usklajen vir informacij, nasvetov in zdravljenja za posameznika z zmanjšano zmožnostjo in njegovo družino, pri tem pa tim deluje kot ponudnik uslug ter pobudnik in usmerjevalec rehabilitacijskega procesa.

Sodelovanje znotraj rehabilitacijskega tima zagotavljajo izdelana timska komunikacija in redni timski sestanki. O diagnozi, funkcionalnem vplivu na posameznikovo funkcioniranje in dejavnosti ter o njegovi zmožnosti sodelovanja v družbi člani tima sistematično razpravljajo, ob tem pa tudi o možnih tveganjih in napovedih bolezni. Dogovorijo so o kratkoročnih in dolgoročnih ciljnih rehabilitacije in načrtujejo ustrezne posege. Ocenjevanje članov tima je vključeno v pisno obliko rehabilitacijskega načrta. Rehabilitacijski načrt je treba redno pregledovati in dopolnjevati, spreminjati.

4.3.3. Multidisciplinarno rehabilitacijsko sodelovanje

Kadar je pri specializirani rehabilitaciji treba upoštevati več okvar in posledičnih izgub funkcioniranja, je potrebno tesno sodelovanje med medicinskimi panogami. Specialisti se morajo dogovoriti o skupni strategiji, ki vključuje njihove skupne, pravočasne ukrepe, in ne le o posamičnem zdravljenju na »ad hoc« način. Za doseganje skupnega pristopa k splošni strategiji zdravljenja morajo imeti specialisti stalne in neposredne stike.

Specialisti FRM morajo biti v akutno rehabilitacijo vključeni kar se da zgodaj, sodelovali naj bi tudi na oddelkih za intenzivno nego (50). Prav tako pa je potrebno tudi stalno sodelovanje drugih zdravstvenih strokovnjakov na oddelkih za akutno rehabilitacijo, ki s svojimi specialističnimi posegi prispevajo k rehabilitaciji (npr. zaprtje traheostome pri bolnikih, ki ne potrebujejo več

dihalne podpore). Pri kasnejši rehabilitaciji in pri rehabilitaciji posameznikov z dolgotrajno zmanjšano zmožnostjo potrebujemo tudi sodelovanje s splošnim zdravnikom in z drugimi specialisti medicine.

Že na začetku bolnikove oskrbe je treba določiti vodjo zdravljenja. Ta se sicer spreminja, glede na bolnikovo napredovanje iz ene faze zdravljenja v drugo, kadar pa je poudarek na rehabilitaciji in ne na oživljanju ali akutnem medicinskem/kirurškem zdravljenju, naj bi odločanje v procesu zdravljenja vodil specialist FRM.

4.4. Fizikalna in rehabilitacijska medicina v različnih fazah rehabilitacijskega procesa

4.4.1. Fizikalna in rehabilitacijska medicina v akutni in postakutni fazi

Rehabilitacijski obravnavi v zgodnjem obdobju okrevanja po hudi bolezni ali poškodbi močno pomaga ustrezno okolje, v katerem lahko poskrbimo za bolnikove strahove in tesnobo. V prvih tednih je lahko bolnikova zmožnost daljše zbranosti pri programu vadbe ali zmožnost telesnega napora relativno omejena. Kljub temu pa so opazili, da ima preprosta premestitev bolnika z možgansko poškodbo iz hrupnega kirurškega ali nevrokirurškega oddelka v mirnejše in tišje okolje rehabilitacijskega oddelka pogosto terapevtski učinek, ki ga zaznamuje izboljšanje bolnikove pozornosti in kognicije in zmanjšanje agitacije. Ti učinki so že sami po sebi zelo koristni, poleg tega pa so osnovni predpogoj za kar najboljši odziv na rehabilitacijsko obravnavo. (51) Pritiski na splošnih akutnih oddelkih lahko rehabilitacijskemu timu otežujejo zdravljenje bolnikov s kompleksnimi potrebami. Če pa takega zdravljenja sploh ni, lahko lajšanje simptomov, kot sta na primer tesnoba in nemir, z zdravili, sicer kratkoročno omili simptome, obenem pa upočasnijo okrevanje kognitivnih funkcij, ki so potrebne za rehabilitacijo.

V nadaljevanju so primeri, ki ponazarjajo težave, s katerimi se spopadajo specialisti FRM. Zgodnje ukrepanje lahko prepreči nastanek sekundarnih zapletov po bolezni ali poškodbi.

Primer 1

25-letni moški je v prometni nesreči utrpel zelo hudo nezgodno možgansko poškodbo. Njegove okvare so vključevale zmedenost, neorientiranost, agitacijo in nesposobnost požiranja. Zaradi tega je bila velika nevarnost, da bi se razvila smrtno nevarna aspiracijska pljučnica, ki bi lahko dodatno ogrozila okrevanje možganskih funkcij. Poleg tega so se mu, kot posledica imobilizacije, na spodnjih udih hitro razvile kontrakture in prevelika mišična aktivnost (spastičnost).

Ustrezna in usklajena rehabilitacija je bolniku zagotovila mirno okolje in mu omogočila sporazumevanje in razumevanje okoliščin. Z vedenjsko terapijo so poskušali zmanjšati tesnobo. Da bi preprečili aspiracijsko pljučnico in mu zagotovili ustrezno prehranjevanje, so mu naredili perkutano gastrostomijo (PEG). Zdravljenje kontraktur je vključevalo zmanjšanje spastičnosti, fizioterapijo in uporabo opornic. Po več mesecih intenzivne rehabilitacije se je lahko vrnil domov, vedenje se mu je izboljševalo. Ponovno je lahko požiral, tako da je lahko normalno jedel in so cevko odstranili. Prišel je hoditi in kasneje se je vrnil na delovno mesto.

Primer 2

52-letnemu moškemu s sladkorno boleznijo tipa 2 in gangrenoznim stopalom so naredili transtibialno (podkolensko) amputacijo. Pred operacijo je bil vključen v svetovanje za lažje soočanje s prihajajočimi spremembami telesa in življenjskega stila. Vključevalo je ukrepe, ki so ga pripravili na senzorične spremembe, spremenjeno telesno podobo in spremembe ravnotežja in mu omogočili sodelovanje v rehabilitaciji.

Fizioterapija se je pričela v zgodnji pooperativni fazi z respiratorno terapijo in preprečevanjem tromboze in kontraktur. Pozornost so posvetili oblikovanju krna, in sicer s povijanjem in zmanjševanjem edema krna. Pričel je hoditi z začasno protezo in vzeli so mu mere za stalno protezo. Pri tem so se z bolnikom pogovorili o nivoju in naravi njegovih fizičnih potreb in ciljev. Upoštevali so možne potrebe po prilagoditvi domačega in delovnega okolja ter avtomobila. Preučili so pot do službenega parkirišča, razdaljo, ki jo prehodi na delovnem mestu in tudi druge pomembne dejavnike, kot so na primer pristočasne in družinske dejavnosti. Bolnika so poučili kako naj ravna s krnom in protezo. Tri mesece po amputaciji je samostojno skrbel zase, vključno z negovanjem krna. Vrnil se je na delo, pregledov in zdravstvene oskrbe pa bo deležen do konca življenja.

Primer 3

70-letni ženski so po zlomu kolka vstavili totalno endoprotezo. Po operaciji ni mogla hoditi, se kopati ali tuširati ali obuti čevljev. Ni mogla voziti avtomobila. Pooperativna obravnava na oddelku za FRM je vključevala intenzivno fizioterapijo in kasneje tudi vaje doma, tako da je lahko začela hoditi tako v hiši kot na prostem. Po nekaj tednih je lahko spet vozila avtomobil; s pomočjo delovne terapije je uspešno opravljala aktivnosti vsakdanjega življenja. Pripravili so ji pooperativni program, ki ga je nadaljevala doma. Preverili so njeno domače okolje in ga prilagodili, tako da je lahko živela samostojno.

4.4.2. Rehabilitacija za vzdrževanje funkcijskega stanja v stabilnih, kroničnih in progresivno napredujočih stanjih, ki povzročajo zmanjšano zmožnost

Druga glavna naloga specialistov FRM je ohranjanje in izboljševanje funkcijskih sposobnosti ter izogibanje zapletom, ki jih lahko predvidimo ali preprečimo v primeru stabilnih, kroničnih in postopno napredujočih stanj, ki povzročajo zmanjšano zmožnost. V nekaterih evropskih državah (npr. v Avstriji, Nemčiji, Italiji in na Poljskem) ima, pri obravnavi kroničnih stanj, pomembno vlogo bolnišnična rehabilitacija ali rehabilitacija v dnevni bolnišnicah, npr. pri stanjih kot so mišičnokostne ali živčnomišične okvare, kronična obtočilna, dihalna in presnovna obolenja, kot tudi pri boleznih kože ter uroloških ali ginekoloških boleznih. Občasna obdobja intenzivne rehabilitacije lahko pomagajo, da ne bi prišlo do zmanjšanja funkcijskih sposobnosti celo nekaj let po akutni bolezni (17).

Glavni cilj rehabilitacije za vzdrževanje funkcijskega stanja v primeru kroničnih obolenj je izboljšanje prizadetih telesnih funkcij in povečanje dejavnosti. Rehabilitacijski ukrepi vključujejo tudi vprašanja sodelovanja, na primer vrnitev na delo ali preprečitev prezgodnje upokojitve, zaradi zdravstvenih težav. Uporabljene metode vključujejo fizioterapijo, telesno vadbo, ustrezno prehranjevanje, psihološko obravnavo in zdravstveno izobraževanje. Klinična učinkovitost in pozitivni družbeno-ekonomski vidiki so prikazani v odprtih sledilnih raziskavah in tudi v kontroliranih študijah (52, 53). Dokazana je tudi učinkovitost programov sistematičnega zdravstvenega izobraževanja, ki pokrivajo več strokovnih področij.

4.5. Učinki pomanjkanja rehabilitacije

O posameznikovem rehabilitacijskem potencialu ne moremo razmišljati, ne da bi upoštevali možni izid v primeru, če ne bi imel rehabilitacijske obravnave. Vprašanje, ki si ga zastavlja specializirana rehabilitacija je »Ali bo bolnik imel od rehabilitacijskega programa koristi, ki jih sicer ne bi imel, če bi okrevanje prepustili naključju?« Naravni potek okvare in posledična zmanjšana zmožnost in prikrajšanost imajo glavno vlogo pri izidu rehabilitacije. Po nekaterih stanjih je okrevanje spontano in zgodnje ukrepanje lahko daje lažni vtis o učinkovitosti zdravljenja (39, 40). Po drugi strani pa lahko zgodnja obravnava pomeni izboljššan izid celo v primerih, ko ne pride do popolnega okrevanja (53).

Rehabilitacija lahko izboljša življenje oseb z zmanjšano zmožnostjo, še pomembneje pa je, da lahko zmanjšana zmožnost brez rehabilitacijske obravnave vodi v slabše samostojno funkcioniranje in slabšo kakovost življenja (54). Na oddelkih za akutno zdravljenje se večinoma ne ukvarjajo z mnogimi odpravljivimi težavami, kot so na primer vprašanja hranjenja, požiranja, gibanja ali opreme, ker pozornost posvečajo zdravljenju osnovnih okvar. V rehabilitacijskih ustanovah lahko s pomočjo specialistov FRM zaplete preprečimo in zagotovimo kar najboljšo raven posameznikovega funkcioniranja (55). Če rehabilitacijske obravnave ni, lahko pride do zapletov in izgube funkcije, s tem pa se podaljša čas zdravljenja v bolnišnici. Vendar pa imajo zdravstvene službe zakonsko določeno dolžnost, da zagotovijo rehabilitacijo in poskrbijo za zdravstvene potrebe vseh bolnikov (56, 57).

Če rehabilitacijske obravnave ni, lahko pri različnih obolenjih pride do:

- nepomičnosti, vključno z oslabelostjo, srčno-dihalnih okvar, atrofije mišic, preležanin, spastičnosti, kontraktur in osteoporoze;
- bolečin;
- težav pri hranjenju;
- težav pri požiranju;
- težav pri odvajanju seča in blata (zaprtje in inkontinenca);
- težav pri sporazumevanju;
- kognitivnih in učnih težav;
- razpoloženskih in vedenjskih motenj;
- zdravstvenih stanj in sistemskih bolezni, zaradi različnih vzrokov, npr. težav s sečili, srčnožilnih težav, sladkorne bolezni;
- zapletov po osnovni bolezni.

Fizikalna in rehabilitacijska medicina bi morala svoje bolnike spremljati tudi po njihovi vrnitvi v domače okolje, da bi preprečila:

- sekundarne zdravstvene težave in družbeno izolacijo;
- izčrpanost družinskih negovalcev, zaradi bremena oskrbe in posledični razpad družine;
- nepotrebne obiske splošnih zdravnikov in socialnih delavcev;
- urgentne vrnitve v bolnišnico;
- nepotrebne namestitve v domove za ostarele ali negovalne ustanove (8);
- neustrezno in nepravočasno predpisovanje pripomočkov;
- nezmožnost posodabljanja pripomočkov, v skladu s tehnološkim napredkom, npr. nevroproteze.

Splošna posledica pomanjkanja rehabilitacije je posameznik s slabšo funkcijsko sposobnostjo in kvaliteto življenja. V lokalnih skupnostih pa to vodi v neustrezno porabo finančnih sredstev.

4.6. Preprečevanje

4.6.1. Spodbujanje zdravja

Osnovno načelo vseh zdravstvenih sistemov je spodbujanje zdravja. Tako je preprečevanje bolezni in njenega vpliva ter zapletov osnovni element medicinskih poklicev. Pri rehabilitacijski obravnavi se preprečevanje ne zaključi s preprečitvijo nastopa ali vpliva bolezni, temveč svojo aktivnost usmerja na širši vidik zmanjševanja vpliva bolezni, na vsa področja posameznikovega življenja. Preprečevanje bolezni tako delimo na primarno, sekundarno ali terciarno, njihova načela pa so naslednja: (Tabela 1)

Tabela 1. Načela preprečevanja.

Preprečevanje	Značilnosti	Okolje, v katerem se izvajajo ukrepi preprečevanja	Primeri
Primarno	Izogibanje bolezni ali poškodbi	Politično in družbeno okolje Primarna oskrba	Omejitve hitrosti za preprečevanje prometnih nesreč Zmanjševanje dejavnikov tveganja za bolezni srca in možgansko-žilne bolezni
Sekundarno	Izogibanje učinkom in zapletom bolezni ali poškodbe same	Oddelki akutne oskrbe v bolnišnicah in oddelki za zgodnjo rehabilitacijo	Preprečevanje povišanega lobanjskega pritiska pri možganski poškodbi Preprečevanje možganske kapi po srčnem infarktu Preprečevanje nepomičnosti, težav s tkivi Preprečevanje kontraktur
Terciarno	Izogibanje učinkom bolezni ali poškodbe na bolnikovo življenje tj. omejitve dejavnosti in/ali omejitev sodelovanja	Oddelki za po-akutno oskrbo in oddelki za rehabilitacijo	Zdravljenje vedenjskih problemov po možganski poškodbi Preprečevanje finančnih težav in nezaposlenosti po bolezni ali poškodbi

Specialisti FRM sodelujejo na vseh treh ravneh preprečevanja bolezni ali poškodb. Upoštevati morajo osnovna načela telesne vadbe, vključno s srčnožilno, mišično-kostno in koordinacijsko sposobnostjo posameznika. Vadba lahko pripomore k preprečevanju zvišanega krvnega tlaka, srčne kapi, bolečin v križu in padcev.

4.6.2. Preprečevanje sekundarnih zapletov

Po bolezni ali poškodbi se pojavljajo splošni sekundarni zapleti. Vključujejo pljučnico, trombozo, preležanine, oslabelelost obtočil in mišic, osteoporozo in slabo prehranjenost. Poleg tega pa se pojavljajo tudi specifični zapleti po različnih boleznih, npr. disfagija po možganski kapi in moteno delovanje sečil po poškodbi hrbtenjače. Služba FRM lahko učinkovito pomaga pri obravnavi sekundarnih zapletov.

4.6.3. Učinki terciarnega preprečevanja

Danes imamo veliko dokazov, da rehabilitacija prinaša resnične koristi (58-61), da izboljša posameznikovo funkcioniranje in sodelovanje, in da prinaša koristi tudi v kasnejših fazah obravnave (63). Manj verjetnosti je, da posamezniki, ki so po bolezni ali poškodbi vključeni v rehabilitacijo, umrejo ali živijo v ustanovah. Tak učinek ima rehabilitacija pri mnogih skupinah bolezni in v vseh starostnih obdobjih, čeprav ima praviloma boljši učinek pri mlajših bolnikih. Večina študij potrjuje vrednost dveh različnih vidikov rehabilitacije. Prvi je, da najpogosteje pride do izboljšanja posameznikovega funkcijskega stanja. Drugi vidik je, da imajo posamezniki z zmanjšano zmožnostjo, ki so vključeni v rehabilitacijo, manj zapletov, ki se jim običajno lahko izognemo. Imajo manj fizičnih težav (kot so na primer: težave povezane z nepomičnostjo, kontrakturami in preležaninami) in manj psihičnih težav (kot je na primer: depresija, če je ne zdravimo). Kljub trdnim dokazom, da intenzivno obdobje rehabilitacije po akutni bolezni ali poškodbi, kot je na primer poškodba glave ali hrbtenjače, prinaša jasne kratkoročne koristi na področju funkcioniranja (43), pa je dokazano tudi, da kratkoročne koristi izgubimo, če ne zagotovimo tudi dolgoročne obravnave (50, 63). Učinkovitost celostne rehabilitacije, ki jo izvajajo strokovnjaki z različnih področij, je bila dokazana tudi v primerih, ko so bile posamične terapevtske metode neučinkovite (64, 65). Zato je pomembno ohranjanje dolgotrajnega stika s posameznikom z zmanjšano zmožnostjo, da bi zagotovili rehabilitacijsko obravnavo ves čas, dokler ni zaključeno naravno okrevanje, in preprečili kasnejši razvoj zapletov, ki se jim lahko izognemo.

5. SPECIALNOST FIZIKALNE IN REHABILITACIJSKE MEDICINE

5.1. Prispevek specialista fizikalne in rehabilitacijske medicine k rehabilitacijskim procesom

FRM zagotavlja ustanove za organizirano rehabilitacijsko obravnavo. Ta je dokazano učinkovitejša in nič dražja od neorganizirane »ad hoc« rehabilitacije (19). Specialisti FRM se zavedajo pomembnosti dolgoročnega spremljanja bolnikov. Izboljšanje telesnih in kognitivnih funkcij, npr. po možganski poškodbi, je lahko zelo dolgotrajno, in specialisti FRM zagotavljajo, da imajo bolniki od izboljšane funkcije kar največ koristi, poleg tega pa, kadar je potrebno, delajo z bolnikom skozi daljše obdobje in mu s tem izboljšujejo osebno funkcioniranje in družbeno sodelovanje.

Specialist FRM ima posebej pomembno vlogo v rehabilitacijski obravnavi, kadar:

- gre za kompleksno kombinacijo okvar, npr. kognitivne, vedenjske in telesne okvare. V teh primerih so zdravniki usposobljeni za splošno analizo okoliščin in zbiranje ocen, ki jih zagotovijo sodelavci z nemedicinskimi poklici;
- je okvara huda in okrne, zmanjša dejavnosti in/ali sodelovanje po nenadni poškodbi ali bolezni, npr. po kapi, okvari ali poškodbi hrbtnjače;
- bi lahko prišlo do poslabšanja ali ponovitve osnovnega bolezenskega stanja, npr. multiple skleroze ali revmatoidnega artritisa;
- so na voljo medicinski ukrepi, ki lahko neposredno zdravijo okvare ali izboljšajo posameznikovo blaginjo in dejavnost, npr. zdravila za spastičnost, inkontinenco ali bolečino;
- medicinska obravnava osnovnega bolezenskega stanja in zapletov po bolezni sama po sebi predstavlja tveganje za učinke, ki lahko vodijo v zmanjšano zmožnost, in je zato te učinke treba nadzorovati;
- se je tveganje, ki ga povzroča zdravstveno stanje, ki vodi v zmanjšano zmožnost, zmanjšalo zaradi sprememb v bolnikovem življenjskem slogu, npr. zaradi prehoda iz adolescence v odraslost, iz izobraževanja v zaposlitev in v procesih staranja v kasnejšem življenju.

Specialisti FRM delajo na svojem področju samostojno, tako da v njihovo delo ne posegajo zahteve akutne zdravstvene oskrbe. Obstoje ločene specialnosti FRM, dokazano koristi bolnikom (18). Bolniki si zaslužijo, da jih obravnavajo sposobni specialisti, ki so bili posebej izobraženi in so popolnoma predani svojemu delu. Posameznike s težkimi telesnimi okvarami in zmanjšano zmožnostjo, še posebej tiste z raznovrstnimi potrebami, mora obravnavati tim strokovnjakov, ki jih vodi specialist FRM. Četrto poglavje govori o naravi dela, ki zahteva medicinsko rehabilitacijski pristop in ne le terapevtskega.

5.2. Specialnost fizikalne in rehabilitacijske medicine v Evropi

Specialisti FRM so zdravniki, ki se za svojo specialnost usposablajo štiri ali več let (66), glede na državne predpise o podiplomskem medicinskem izobraževanju. Niso specializirani za obravnavo posameznega telesnega organa ali zdravstvenega stanja, temveč je njihova obravnava usmerjena na funkcijske težave, ki so posledica različnih bolezni. Zagotavljajo medicinsko pomoč osebam z zmanjšano zmožnostjo, ki je posledica kronične bolezni ali poškodbe in drugih resnih zdravstvenih stanj. Glavni cilj ukrepov FRM je izboljšanje posameznikovega telesnega in duševnega funkcioniranja, ki bolniku omogoča večjo dejavnost in izboljšano kakovost življenja, tako da se lahko vključi v družbeno življenje. Ker pa so zdravniki, po potrebi obravnavajo tudi bolezen, ki je takšno zdravstveno stanje povzročila. Tudi v primeru, če so simptomi trajni in nastanejo nove težave, lahko s specializiranimi rehabilitacijskimi metodami in tehnikami izboljšajo posameznikovo funkcioniranje, dejavnost in sodelovanje. Tako lahko povrnejo samostojnost

posameznikom z bolezenskimi stanji, ki povzročajo funkcijski primanjkljaj, npr. nevrološka obolenja, mišičnokostne bolezni, amputacije, pljučne in srčne bolezni itd.

5.3. Zdravstvena stanja v praksi fizikalne in rehabilitacijske medicine

Specialisti FRM obravnavajo bolnike z raznovrstnimi zdravstvenimi stanji (Priloga II). Ukvarjajo se z njihovim vplivom na posameznikovo funkcioniranje in sodelovanje. Zdravniki FRM si prizadevajo, da obravnava bolniku prinese koristi, ne glede na osnovno diagnozo. Vendar pa diagnoza pomaga pri napovedovanju izida rehabilitacijske obravnave, če pri tem upoštevamo posameznikove zmogljivosti, zmožnosti za izboljšanje.

Mnoga bolezenska stanja prinašajo številne težave, s katerimi se specialisti FRM dnevno srečujejo. Te lahko vključujejo:

- dolgotrajno ležanje in nepomičnost, ki slabita bolnikovo telesno zmožnost in povzročata izgubo telesnih in psihičnih funkcij;
- motorični primanjkljaj, ki povzroča oslabelost in izgubo funkcije;
- spastičnost, ki vodi v deformacije udov in povzroča težave s samopodobo;
- okvare pri delovanju mehurja in črevesja, ki so pogoste pri osebah z zmanjšano zmožnostjo;
- preležanine kot posledica nepomičnosti pri bolnikih s poškodbo hrbtenjače, sladkorno boleznijo, splošno oslabelostjo in pri ostarelih bolnikih;
- disfagijo - bolniki z motnjami požiranja, ki se težko hranijo in obstaja tveganje za razvoj aspiracijske pljučnice ali podhranjenosti;
- bolečinske sindrome;
- težave pri sporazumevanju;
- spolnost in spolne motnje, zaradi težav z identiteto in samopodobo, kot tudi zaradi okvar funkcije organov;
- spremembe razpoloženja, vedenja in osebnosti;
- spremembe v družinski dinamiki, medosebnih odnosih, zaposlitvenih možnostih in finančni varnosti.

Poleg tega so lahko specialisti FRM vključeni v rehabilitacijo bolnikov s psihosomatskimi, ginekološkimi in dermatološkimi obolenji.

5.4. Postavljanje diagnoze, ocenjevanje in vrednotenje

Zdravniki FRM se zavedajo, da je pred zdravljenjem in rehabilitacijsko obravnavo, ki poskuša odpraviti določeno težavo, treba postaviti diagnozo. Poleg tega se ukvarjajo z vidiki funkcioniranja in sodelovanja, ki prispevajo k polni oceni bolnika in pri določanju ciljev zdravljenja (67). Cilje dosežemo s sodelovanjem bolnika, njegove družine in članov rehabilitacijskega tima.

Diagnostika in ocenjevanje v FRM vključujeta vse dimenzije telesnih funkcij in zgradb, dejavnosti in sodelovanja, povezanih s procesom rehabilitacije. Ocenijo se tudi pomembni dejavniki okolja. Anamneza v FRM mora vključevati analizo težav v vseh dimenzijah MKF.

Za diagnostiko strukturnih primanjkljajev, ki so pomembni za bolezen in rehabilitacijski proces, poleg kliničnih pregledov, uporabljamo tudi standardne preiskave in tehnike. Te vključujejo laboratorijsko krvno sliko, različne slikovne tehnike itd.

Glavni delež diagnostike v FRM predstavljajo klinično ocenjevanje in meritve funkcijskih omejitev in zmožnosti, glede na rehabilitacijski proces. Ocenjevanje vključuje klinično ocenjevanje mišične

moči, obsega gibljivosti, obtočilnih in dihalnih funkcij. Tehnične meritve lahko vključujejo mišično testiranje (moč, električna aktivnost in druge), testiranje obtočilnih funkcij (krvni tlak, srčna frekvenca, EKG v mirovanju in pri naporu), testiranje pljučne funkcije in drugo. Specialisti FRM lahko uporabijo standardne meritve, kot so npr. analiza hoje, izokinetično testiranje mišic in drugih gibalnih funkcij. Pri obravnavi bolnikov z določenimi bolezenskimi stanji pa uporabijo specialne diagnostične meritve, npr. ocenjevanje disfagije pri bolnikih po kapi, urodinamske preiskave pri bolnikih s poškodbo hrbtenjače ali analizo izvršilnih funkcij pri bolnikih z možgansko poškodbo. (68, 69)

Bolnikove dejavnosti lahko ocenimo na različne načine. Primera dveh pomembnih metod sta:

- Standardizirana dejavnost posameznih funkcij, ki jo izvede bolnik (npr. test hoje, test prijema ali dela z orodjem, izvajanje nalog v standardiziranem okolju za delovno terapijo). Teste lahko ovrednotimo kvalitativno (oceni jih specialist FRM ali specializiran terapevt) ali kvantitativno (čas, potreben za izvedbo, sposobnost dvigovanja bremen in drugo).
- Ocenjevanje bolj zapletenih dejavnosti, kot so na primer dejavnosti vsakodnevnega življenja (umivanje, oblačenje, uporaba stranišča in druge) in izvedba splošnih vsakodnevnih dejavnosti (hoja, sedenje itd.). Ocenjevanja opravi strokovnjak za rehabilitacijo ali pa se oceni bolnik sam, s pomočjo standardiziranih vprašalnikov.

Posameznikovo sodelovanje običajno analiziramo s standardiziranimi vprašalniki v pogovorih z bolnikom. Uporabimo družbeno-ekonomska merila (npr. število dni bolniškega dopusta) za ocenjevanje težav v družbenem in poklicnem udejstvovanju.

Mnoga orodja za ocenjevanje v FRM združujejo merila za merjenje telesnih funkcij, dejavnosti in sodelovanja. Te lahko uporabimo pri odločanju za rehabilitacijo (napotitev) ali pri ocenjevanju rezultatov posega (ovrednotenje). Izbrati moramo ustrezno orodje, glede na posameznikove funkcijske težave in fazo rehabilitacijskega procesa (70).

Dejavnike okolja, povezane z družbenim in fizičnim okoljem, ovrednotimo s pogovori ali s standardizirano polo iz MKF. Za diagnostiko osebnih dejavnikov, npr. bolnikovih ukrepov, postopkov za spopadanje s težavami, so na voljo standardizirani vprašalniki.

Veliko orodij lahko uporabimo za ovrednotenje posameznikove splošne in posebne funkcijske sposobnosti, kot tudi za ocenjevanje rehabilitacijskega procesa (71). Nekatera se pokrivajo s posameznimi razdelki MKF. Na primer, FIM (Functional Independence Measure) (72) in Barthelov index (73) vsebujeta vidike telesnih funkcij in dejavnosti, kot tudi sočasna obolenja in obseg potrebne zunanje pomoči. Izbira ukrepov je odvisna od faze in ciljev rehabilitacijskega procesa in posameznikove funkcijske zmogljivosti.

Priloga IV vsebuje seznam diagnostičnih metod.

5.5. Rehabilitacijski načrt

Specialisti FRM izdelajo in uporabijo rehabilitacijski načrt obravnave za vsakega posameznika, z njim usmerjajo njegovo problemsko zasnovano rehabilitacijo (tabela 2). Pri nastajanju načrta aktivno sodeluje bolnik skupaj s člani rehabilitacijskega tima, ki v središče obravnave postavljajo bolnika. Usmerjenost načrta se spreminja, glede na specifične težave, ki jih obravnavajo, bistveni elementi pa so si v osnovi podobni. Rehabilitacijski tim mora načrt redno pregledovati in dopolnjevati, na njem temelji redni pogovor timskih članov o bolnikovem napredku med rehabilitacijo.

Specialisti FRM so odgovorni za izdelavo rehabilitacijskega načrta in za določitev časovnega okvira za izvedbo načrta. Načrt naj vsebuje naslednje informacije:

- diagnozo;
- težave in ohranjene funkcije (v skladu z MKF; glej poglavje 3.2.);
- cilje bolnika;
- cilje skrbnika/družine;
- cilje strokovnjakov;
- delovne naloge.

Tabela 2. Primer nekaterih težav, ki jih obravnavamo v rehabilitacijskem načrtu.

Težava	Cilji	Možni ukrepi
TELESNE FUNKCIJE IN DEJAVNOSTI		
Telesna aktivnost	Doseči varno premeščanje Povečati gibanje v prostoru in zunaj (doseči/izboljšati hojo, vzpenjanje po stopnicah, uporabo zasebnih in javnih prevoznih sredstev)	Vadba telesne drže in gibanja, po potrebi s pomočjo opreme/naprav Vadba telesne drže in gibanja Učenje in vadba uporabe gibalnih pripomočkov
Sporazumevanje	Izboljšati sporazumevanje, govor in razumevanje	Govorna in jezikovna terapija za izboljšanje govora in izgovorjave Učenje in vadba uporabe potrebne podporne tehnologije
Vedenje in razpoloženje	Izboljšati vedenje Uravnovežiti razpoloženje	Zdravila, psihoterapija, vedenjska terapija in kognitivno- vedenjska terapija Zmanjšanje depresije in anksioznosti s svetovanjem in z zdravlili
Bolečina	Zmanjšati bolečino	Analgetiki, fizioterapija, obvladovanje stresa, uporaba postopkov za spoprijemanje s težavami in drugih ukrepov

Inkontinenca	Vzpostaviti kontinenco mehurja in črevesja	Vadba za ponovno vzpostavitev nadzora nad mehurjem, vaje za mišice medeničnega dna, zdravila, uporaba katetra ali stome
Nesposobnost skrbeti zase	Doseči sposobnost umivanja, skrbi za telesne dele, oblačenja in opravljanja toaleta	Analiza sestavnih delov dejavnosti, ponovno vzpostavljanje sposobnosti s pomočjo alternativnih metod in/ali opreme in/ali vadbe
SODELOVANJE		
Nesposobnost za samostojno življenje doma	Priprava in kuhanje obrokov in opravljanje gospodinjskih del	Analiza sestavnih delov dejavnosti, ponovno vzpostavljanje sposobnosti z alternativnimi metodami ali s pomočniki in/ali z opremo in/ali vadbo
Izguba zaposlitve	Vrnitev na delo	Analiza sestavnih delov dejavnosti in poti na delovno mesto, prilagoditev dela, ponovno usposabljanje za delo, prilagoditve delovnega mesta in opreme, izboljšave dostopnosti delovnega mesta in podpore pri delu

5.6. Posegi v fizikalni in rehabilitacijski medicini

FRM uporablja raznovrstne posege. Specialisti FRM izdelajo načrt posegov, ki izhaja iz bolnikove diagnoze in njegovih funkcijskih omejitev. Nato specialisti izvedejo posege, da bi obstoječe težave razrešili ali pa to storijo drugi člani rehabilitacijskega tima. V nekaterih kliničnih okoljih specialisti FRM predpišejo terapijo. Med posege sodijo:

1. Medicinski posegi:

- zdravila za ponovno vzpostavitev ali izboljšanje telesne zgradbe in/ali funkcije; npr. bolečinska terapija, protivnetna terapija, uravnavanje mišičnega tonusa, izboljšanje kognicije in telesnih sposobnosti, zdravljenje depresije;
- praktični postopki, vključno z injekcijami in z drugimi tehnikami dajanja zdravil;
- ocena in pregled posegov;
- prognoza.

2. Fizikalno zdravljenje:

- ročne terapevtske tehnike za otrdele sklepe, ki jim lahko povrnemo gibljivost, in za okvare mehkih tkiv;
- kinezioterapija in telesna vadba;
- elektroterapija;
- drugi posegi, vključno z ultrazvokom, terapijo s toploto in hladom, fototerapijo (npr. laserska terapija), hidroterapijo in balneoterapijo, diatermijo, masažo in limfno drenažo (ročna limfna drenaža).

3. Delovna terapija, s katero:

- analiziramo dejavnosti, kot so dejavnosti vsakodnevnega življenja in poklicne dejavnosti, ter poskrbimo za oporo okvarjenih telesnih zgradb (npr. z opornicami);

- bolnika učimo premagovati omejitve pri dejavnostih v vsakdanjem življenju (npr. prilagoditve prostora);
- izvajamo vadbo pri okvari funkcije in kognicije;
- dvigujemo bolnikovo motivacijo.

4. Govorna in jezikovna terapija v okviru kompleksnih specializiranih rehabilitacijskih programov.

5. Obravnava disfagije.

6. Nevrofiziološki posegi.

7. Psihološko ocenjevanje in posegi, vključno s svetovanjem.

8. Prehranska terapija.

9. Oprema, podporna tehnologija, protetika, ortotika, tehnična pomoč in drugi pripomočki.

10. Izobraževanje bolnika.

11. Rehabilitacijska nega.

5.7. Praksa fizikalne in rehabilitacijske medicine - klinične dejavnosti in ustanove

Specialisti FRM sodelujejo v vseh stopnjah procesa rehabilitacije in okrevanja, kot tudi v oskrbi bolnikov s kroničnimi stanji. Delajo v različnih kliničnih ustanovah, od ustanov za akutno nego, samostojnih rehabilitacijskih centrov in rehabilitacijskih oddelkov v bolnišnicah, do ustanov v lokalnih skupnostih in v zasebnih specialističnih ustanovah. Njihove dejavnosti se razlikujejo, glede na klinično okolje, vendar pa v vseh spoštujejo enaka osnovna načela FRM.

Specializirana rehabilitacijska služba je nepogrešljiva v bolnišnicah za akutno nego. Oddelki za intenzivno nego in drugi oddelki za akutno nego morajo imeti oddelek s posebej določenimi posteljami, pod nadzorom specialista FRM, ki skupaj z mobilnim rehabilitacijskim timom bolnikom svetuje in jim nudi zdravljenje in obravnavo. FRM zagotavlja postavljanje diagnoze, ocenjevanje in posege, tako za bolnike v svojih specializiranih ustanovah, kot tudi za bolnike na drugih oddelkih. Specialist FRM s svojim svetovanjem zagotavlja, da se kar najhitreje začne z rehabilitacijsko obravnavo, ponovnim vzpostavljanjem funkcij in preprečevanjem sekundarnih zapletov, npr. posledic nepomičnosti (npr. kontrakture, pljučnica ali tromboza). Zgodnja specializirana rehabilitacija preprečuje in/ali zmanjšuje dolgotrajne omejitve funkcij (60-62).

Dokazano je, da ima v obdobju takoj po poškodbi preprosto dejanje, kot je premestitev bolnika z možgansko poškodbo s hrupnega kirurškega ali nevrokirurškega oddelka v mirnejše, tišje okolje rehabilitacijskega oddelka, že samo po sebi terapevtski učinek, ki se kaže v izboljšani pozornosti in kogniciji ter manjši razdražljivosti (54). Splošni oddelki za akutno nego ne zagotavljajo ugodnih pogojev za multidisciplinarno rehabilitacijo bolnikov s kompleksnimi potrebami.

V rehabilitacijskih centrih (in v dnevni bolnišnicah) ter na rehabilitacijskih oddelkih v bolnišnicah za akutno nego vse bolnike pregleda specialist FRM. Ta bolnika pregleda, opravi oceno funkcijskega stanja in preuči vpliv okoljskih dejavnikov na bolnikovo funkcioniranje. Izbere potrebne posege, npr. fizioterapijo, psihoterapijo, delovno terapijo, govorno terapijo, nevropsihološko obravnavo, predpiše zdravila ali priporoči ukrepe za socialno oskrbo. Posamezni terapevti pred obravnavo ocenjujejo bolnikove zmožnosti. Rezultati pregleda pri specialistu FRM in ocenjevanja bolnikovih funkcij pri posameznih terapevtih so osnova za pripravo rehabilitacijskega načrta in nadaljnjih odločitev, ki jih sprejme rehabilitacijski tim.

Specialisti FRM sprejmejo odločitev o bolnikovem odpustu na tiskem sestanku, na katerem dejavno sodelujejo posameznik z zmanjšano zmožnostjo in člani njegove družine. Specialisti FRM sestavijo podrobno odpustnico na podlagi pregledov in informacij, ki so jih priskrbeli ostali člani tima. Odpustnica vsebuje informacije o posameznikovem zdravstvenem stanju, njegovem

funkcijskem stanju, sposobnosti za dejavnosti in sodelovanje ob odpustu in tudi prognozo in priporočila za nadaljnjo oskrbo, zdravljenje in rehabilitacijo.

V ambulantnih oddelkih in v privatni praksi se FRM izvaja drugače. Tu je poudarek na diagnostičnem ocenjevanju in začetku zdravljenja. Po pregledu in oceni funkcij, se bolniku predpiše posamezna serija terapij (fizioterapija, delovna terapija ali drugo) ali v primeru potrebe po rehabilitaciji, ki vključuje več strokovnjakov, tudi timski pristop. Po končanem zdravljenju specialist FRM bolnika ponovno oceni in se nato odloči za nadaljnje ukrepe ali pa bolnika napoti nazaj k splošnemu zdravniku.

Specialist FRM tesno sodeluje z bolnikom in njegovo družino in je povezan tudi z bolnikovim splošnim zdravnikom in z drugimi specialisti, še posebej, kadar sta potrebni diagnostika in zdravljenje tudi drugih medicinskih panog, kot so npr. nevrologija, kardiologija, ortopedska kirurgija itd.

Specialisti FRM poleg tega lahko delajo v specializiranih rehabilitacijskih združenjih (kot so npr. za možgansko poškodbo, kronične nevrološke bolezni, mišičnokostna obolenja) in tudi svetujejo članom združenj splošne medicine.

6. STANDARDI V FIZIKALNI IN REHABILITACIJSKI MEDICINI

6.1. Izobraževanje in specializacija

6.1.1. Specializacija

FRM je samostojna medicinska specialnost v vseh evropskih državah, razen na Danskem in na Malti, njeno ime in vsebina dela pa se v posamezni državah, zaradi nacionalne tradicije in zakonodaje, razlikujejo. Študij za specializacijo v posameznih državah traja različno dolgo, običajno od štiri do šest let (66) (tabela 3) (UEMS Ustanovno pismo o specializaciji, EC smernica 93/16/EEC, 5. april 1993). Specialisti FRM lahko svobodno delujejo v državah članicah UEMS, vendar potrebujejo ustrezno potrdilo, ki ga izda državna zdravstvena organizacija. Vsi, ki imajo ta potrdila, so kandidati za pridobitev certifikata Evropskega odbora za FRM, ki je razvil obsežen sistem podiplomskega izobraževanja za specialiste FRM (priloga V). Ta vključuje:

- učni načrt (*kurikulum*) za podiplomsko izobraževanje, ki vsebuje osnovna znanja in uporabo FRM pri posebnih zdravstvenih stanjih;
- standardiziran program specializacije, ki traja najmanj štiri leta na oddelku FRM in je natančno zabeležen v enotnem uradnem dnevniku;
- enoten pisni letni izpit po vsej Evropi;
- sistem nacionalnih koordinatorjev za specializacijo in akreditacijo, ki naj bi bili povezani s specializanti v njihovi državi in z njimi dobro sodelovali;
- standardna pravila za akreditacijo mentorjev in proces pridobitve certifikata;
- nadzor kakovosti dela v ustanovah, kjer specializacija poteka in ga z obiskom teh ustanov opravljajo akreditirani specialisti;
- stalni strokovni razvoj znotraj UEMS, ki vključuje sistem stalnega podiplomskega izobraževanja zdravnikov s preizkusom znanja vsakih deset let (glej odstavek 6.3 spodaj).

Dodatne informacije o predpisih izobraževanja in specializacije je mogoče najti na spletni strani sekcije, www.euro-prm.org, kjer so na voljo tudi ustrezni obrazci.

Sedaj je v Evropi 10.280 specialistov FRM, od tega jih ima 2.000 potrdilo Evropskega odbora za FRM, 2.800 pa je specializantov. Seznam sedemdesetih ustanov, ki izvajajo specializacijo in jih priznava Evropski odbor za FRM, je mogoče najti na spletni strani (75).

Tabela 3. Ime specialnosti v državah članicah UEMS.

Država	Poimenovanje specialnosti
Avstrija	Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation
Belgija	Fysiche Geneeskunde en Revalidatie Médecine Physique et de Réadaptation
Ciper	ΦΥΣΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ και ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (Fisiki Iatriki & Apokatastasi)
Češka republika	Rehabilitační a fyzikální lékařství
Danska	Fysiurgi
Estonija	Taastusravi ja füsiaatria

Finska	Fysiatría
Francija	Médecine Physique et de Réadaptation
Grčija	ΦΥΣΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ και ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (Fisiki Iatriki & Apokatastasi)
Hrvaška	Fizikalna medicina i rehabilitacija
Irska	Rehabilitation Medicine
Islandija	Endurhæfingarlækningar
Italija	Medicina Fisica e Riabilitativa
Latvija	Medicīniskā Rehabilitācija
Litva	Fizine medicina ir reabilitacija
Luksemburg	Médecine Physique et de Réadaptation
Madžarska	Fizioterápia es Rehabilitáció
Malta	-
Nemčija	Physikalische und Rehabilitative Medizin
Nizozemska	Revalidatie Geneeskunde
Norveška	Fysikalsk medisín og rehabilitering
Poljska	Medycyna fizykalna i rehabilitacja
Portugalska	Medicina Física e de Reabilitação
Romunija	Medicină Fizică și de Recuperare
Slovaška	Fyziatria, balneológia & liečebná rehabilitácia
Slovenija	Fizikalna in rehabilitacijska medicina
Srbija in Črna gora	Fizikalna Medicina I Rehabilitacija
Španija	Medicina Fisica y Rehabilitación
Švedska	Rehabiliterings Medizin
Švica	Médecine Physique et de Réadaptation Physikalische Medizin und Rehabilitation
Turčija	Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon
Velika Britanija	Rehabilitation Medicine

6.1.2. Dodiplomsko izobraževanje

Sekcija UEMS zbira podatke o dodiplomskem izobraževanju iz FRM (tj. za študente medicine) in bo o tem poročala v bližnji prihodnosti. Za zagotavljanje sistematičnega pristopa so pomembna naslednja načela:

V katerikoli zdravstveni ustanovi se lahko pokaže potreba po rehabilitacijski obravnavi (npr. bolnišnice, splošne ambulante, negovalne ustanove). Zato vsi zdravniki potrebujejo osnovno znanje o rehabilitaciji, čeprav večinoma ne bodo delali kot specialisti na tem področju in ne bodo opravljali posebnih rehabilitacijskih posegov. Zato je pomembno, da dobro usposobljeni

specialisti FRM poučujejo FRM v dodiplomskih programih na vseh medicinskih fakultetah, pri čemer morajo vključiti najmanj naslednje strokovne teme:

- načela rehabilitacije in biopsihosocialni model Mednarodne klasifikacije funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja;
- organizacija in praksa rehabilitacijskega sistema (akutna in postakutna rehabilitacija, kot tudi rehabilitacijski programi za bolnike s kroničnimi stanji);
- načela in potenciali fizioterapije, delovne terapije in drugih rehabilitacijskih terapij;
- obsežni rehabilitacijski programi in njihove glavne indikacije;
- rehabilitacijske potrebe bolnikov s posebnimi zdravstvenimi stanji (npr. možganska kap, politravma, bolečine v križu, artritis, rak itd.);
- poznavanje sistema zdravstvene in socialne varnosti in zakonodaje na področju invalidnosti in rehabilitacije na državni ravni, kot tudi etična vprašanja in vprašanja s področja človekovih pravic v rehabilitaciji.

Ti koncepti so že sestavni del obveznega izobraževanja iz FRM v nekaterih evropskih državah (Belgiji, Franciji, Nemčiji, Španiji, Veliki Britaniji) in na nekaterih univerzah (npr. na Dunaju) (75, 76).

6.2. Klinična pooblastila in pristojnosti

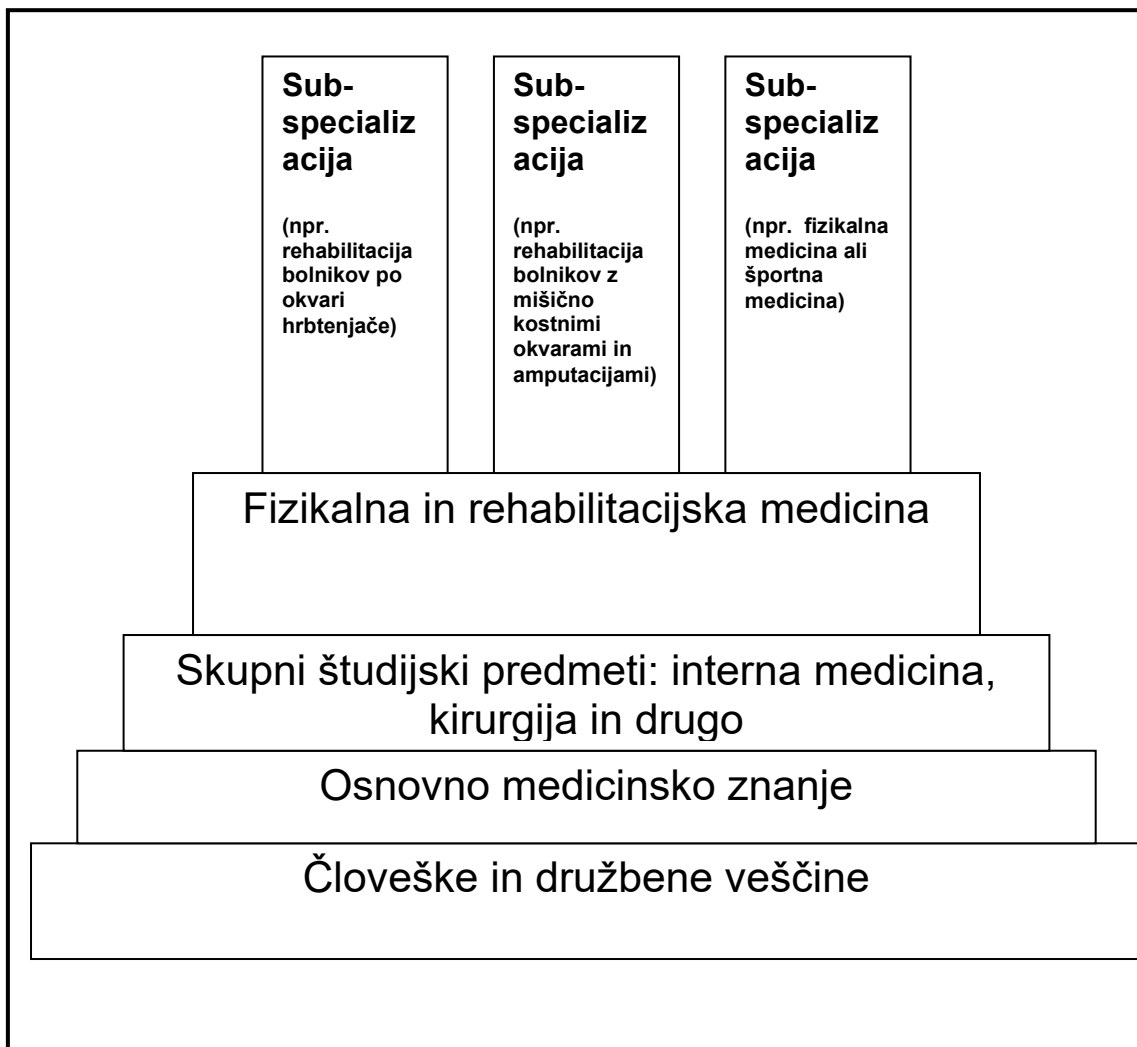
Ni pomembno le to, da ima vsakdo enakopraven dostop do rehabilitacije, temveč mora biti le-ta tudi ustrezno in primerno posredovana. Povratne informacije uporabnikov rehabilitacijskih služb morajo biti na voljo vsem, ki so odgovorni za njihovo organizacijo.

Specialisti FRM med specializacijo pridobijo številne spretnosti in znanja. Njihova osnovna medicinska izobrazba jim daje določene pristojnosti, te pa se še povečajo z znanjem in izkušnjami, ki jih pridobijo med skupnim izobraževanjem iz interne medicine, kirurgije, psihiatrije itd. Osnovne pristojnosti na področju FRM pridobijo med specializacijo in te še povečajo z znanjem in izkušnjami, ki jih pridobijo med delom na posameznem področju te specializacije (podspospecializacija) (slika 3). Pristojnosti na področjih podspospecializacij so v nekaterih evropskih državah še v fazi razvoja.

Te pristojnosti vključujejo:

- medicinsko ocenjevanje pri postavljanju diagnoze;
- ocenjevanje posameznikove funkcijske sposobnosti in njegove zmožnosti za spreminjanje;
- ocenjevanje dejavnosti in sodelovanja, kot tudi okoljskih dejavnikov (osebnostne poteze in dejansko okolje) (glej odstavek 3.2);
- spoznavanje temeljnih rehabilitacijskih procesov in njihove teoretične osnove (glej odstavek 4.1 in 4.4);
- izdelava rehabilitacijskega načrta (glej odstavek 5.5);
- poznavanje, izkušnje z uporabo in uporabo medicinskih in fizikalnih postopkov zdravljenja (vključno s fizikalnimi načini, naravnimi dejavniki in drugim; glej odstavek 5.6);
- ocena in merjenje izida rehabilitacijske obravnave;
- preprečevanje in obravnavanje zapletov po boleznih/stanjih;
- napovedovanje napredovanja bolezni/stanja in izida rehabilitacijske obravnave;
- poznavanje rehabilitacijske tehnologije (ortotika, protetika, tehnični pripomočki in drugo);
- timsko dinamiko in vodstvene sposobnosti;
- sposobnost poučevanja (bolnikov, skrbnikov, članov tima in drugih);
- poznavanje sistema zdravstvenega in socialnega varstva in zakonodaje na področju invalidnosti;
- osnovno poznavanje ekonomskih (in finančnih) vidikov rehabilitacije.

Specialisti FRM potrebujejo še številna druga znanja in spretnosti. Morajo obvladati spretnosti sporazumevanja in spretnosti v medosebnih odnosih in biti sposobni za izobraževanje svojih bolnikov in njihovih družin. Uporabljajo naj takšne metode rehabilitacijske obravnave, ki bolnikom dopuščajo, da si sami izberejo in oblikujejo načine za razreševanje svojih težav. Sodelujejo z drugimi službami (zdravstvene in socialne službe in skupine za samopomoč), da bi kar najbolj pomagali svojim bolnikom. Imajo tudi vlogo pri razvoju služb za osebe z zmanjšano zmožnostjo, za kar potrebujejo posebne sposobnosti.



Slika 3. Načela pristojnosti (kompetentnosti)

6.3. Stalni poklicni razvoj in stalno izobraževanje zdravnikov

Stalni poklicni razvoj (CPD - Continuing Professional Development) in stalno podiplomsko izobraževanje zdravnikov (CME - Continuing Medical Education) sta obvezni del strokovnega dela specialistov medicine, specialisti FRM pa morajo, prav tako kot vsi drugi zdravniki, stalno izpopolnjevati svoje znanje in sposobnosti. Stalni poklicni razvoj vključuje vse vidike

izpopolnjevanja znanja s področja medicine, pri tem pa je stalno podiplomsko izobraževanje zdravnikov le ena njegovih komponent. V Evropi obstajajo različni programi izobraževanja specialistov FRM in njihovih sodelavcev v rehabilitacijskem timu. Vsebujejo osnovne znanstvene in klinične teme, kot tudi raziskovalne in tehnične programe.

Program stalnega poklicnega razvoja in stalnega podiplomskega izobraževanja zdravnikov je organiziran na evropski ravni z akreditacijo mednarodnih kongresov in drugih dogodkov na področju FRM. Program temelji na določilih medsebojnega dogovora, ki so ga podpisali Evropski svet za akreditacijo stalnega izobraževanja iz medicine pri UEMS (EAC-CME) ter Sekcija in Odbor za FRM pri UEMS (poglavje 6.4). Evropska določila so za vse specialnosti enaka. Svet za FRM je ustanovil komisijo za stalni poklicni razvoj in stalno podiplomsko izobraževanje zdravnikov (CPD/CME Committee), ki je odgovorna za programe stalnega izobraževanja na področju FRM, za akreditacijo nekaterih znanstvenih dogodkov na evropski ravni in za dodeljevanje strokovnega statusa, akreditiranim specialistom FRM s certifikatom Evropskega odbora.

EAC-CME je odgovoren za koordinacijo aktivnosti v vseh medicinskih specialnostih, na spletni strani UEMS pa so podrobnosti o pogojih za stalno podiplomsko izobraževanje zdravnikov za vse specialiste v Evropi (www.uems.org). Specialisti FRM morajo za obnovev certifikata Evropskega odbora v petih letih zbrati 250 izobraževalnih akreditacijskih točk (www.euro-prm.org). Zdravniki morajo pred validacijo izpolnjevati pogoje stalnega podiplomskega izobraževanja zdravnikov in to postaja osnovna zahteva na nacionalni kot tudi na evropski ravni. V nekaterih evropskih državah se je uveljavil obvezni stalni poklicni razvoj/stalno podiplomsko izobraževanje zdravnikov, zahteva pa postaja v medicinski praksi vse pogostejša.

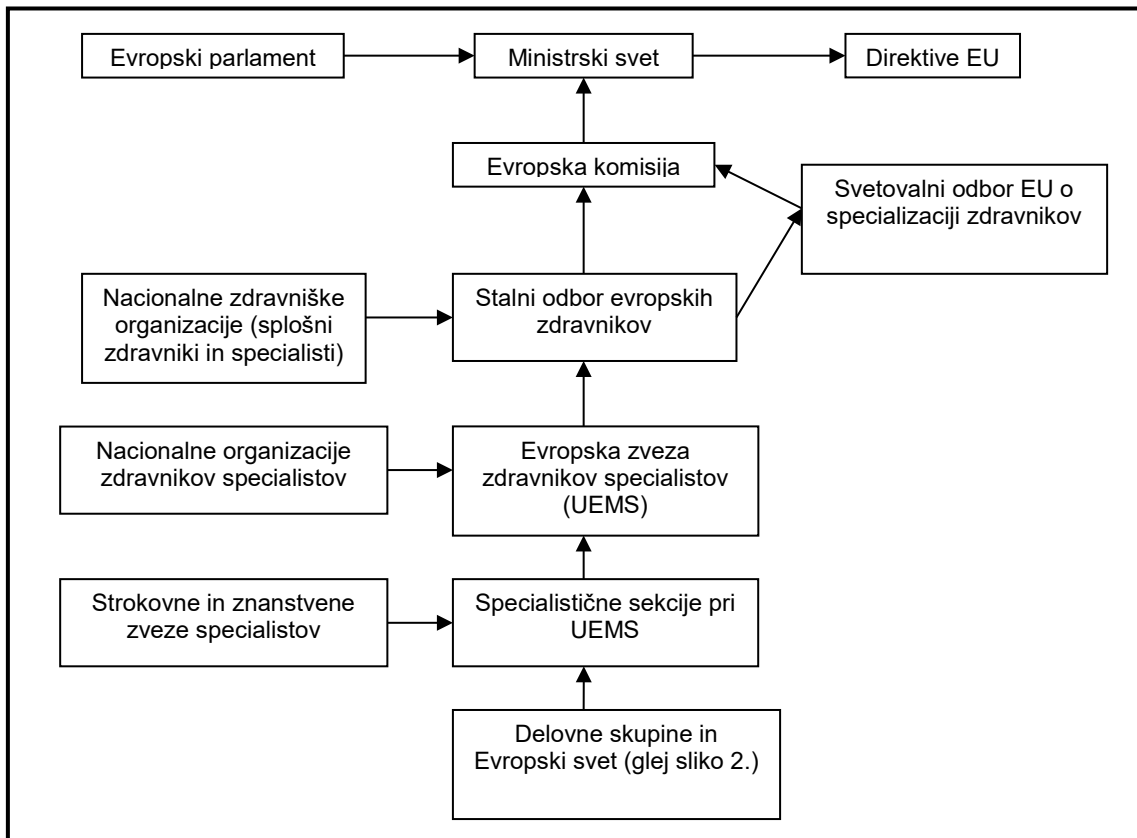
Pravila so v prilogi VI.

Prvi dogodek, ki ga je sponzoriral Evropski odbor, je bila ustanovitev evropske šole o analizi telesne drže in gibanja v Marseillu leta 2000. To je vsakoletno dvotedensko izobraževanje, ki pritegne zdravnike, inženirje in druge rehabilitacijske strokovnjake iz vse Evrope. Odbor je sponzoriral tudi druge izobraževalne programe, še več pa jih bo sledilo.

6.4. Sekcija za fizikalno in rehabilitacijsko medicino pri Evropski zvezi zdravnikov specialistov (UEMS)

6.4.1. Zgodovina

Evropska zveza zdravnikov specialistov (UEMS) je bila ustanovljena leta 1958 kot edino zakonito medicinsko telo v Evropski skupnosti, ki je bilo odgovorno za vse klinične specialnosti. Sestavljajo jo sekcije specialistov za vsako posamezno specialnost v Evropi, fizikalna in rehabilitacijska medicina pa je bila ena prvih specialnosti, ki so jo priznavali kot samostojno panogo. Sekcija za FRM je bila ustanovljena leta 1971, kot njen del pa Evropski odbor za FRM leta 1991. Ta je še zlasti izdelal razvojno osnovo za specializacijo in stalno podiplomsko izobraževanje. Kot zakonito telo Evropske komisije je UEMS odgovoren zdravniški komisiji »Standing Committee of Doctors«, v kateri sodelujejo nacionalne zdravniške organizacije. Specialnosti, ki so priznane v dveh tretjinah držav članic UEMS, imajo pravico do ustanovitve svoje sekcije. FRM je priznana kot samostojna služba v vseh 28 državah članicah evropskega prostora, nove pridružene članice pa priznavajo enaka načela. FRM je ena redkih specializacij, ki je priznana po vsej Evropi in ima svoje predstavnike v svetu UEMS.



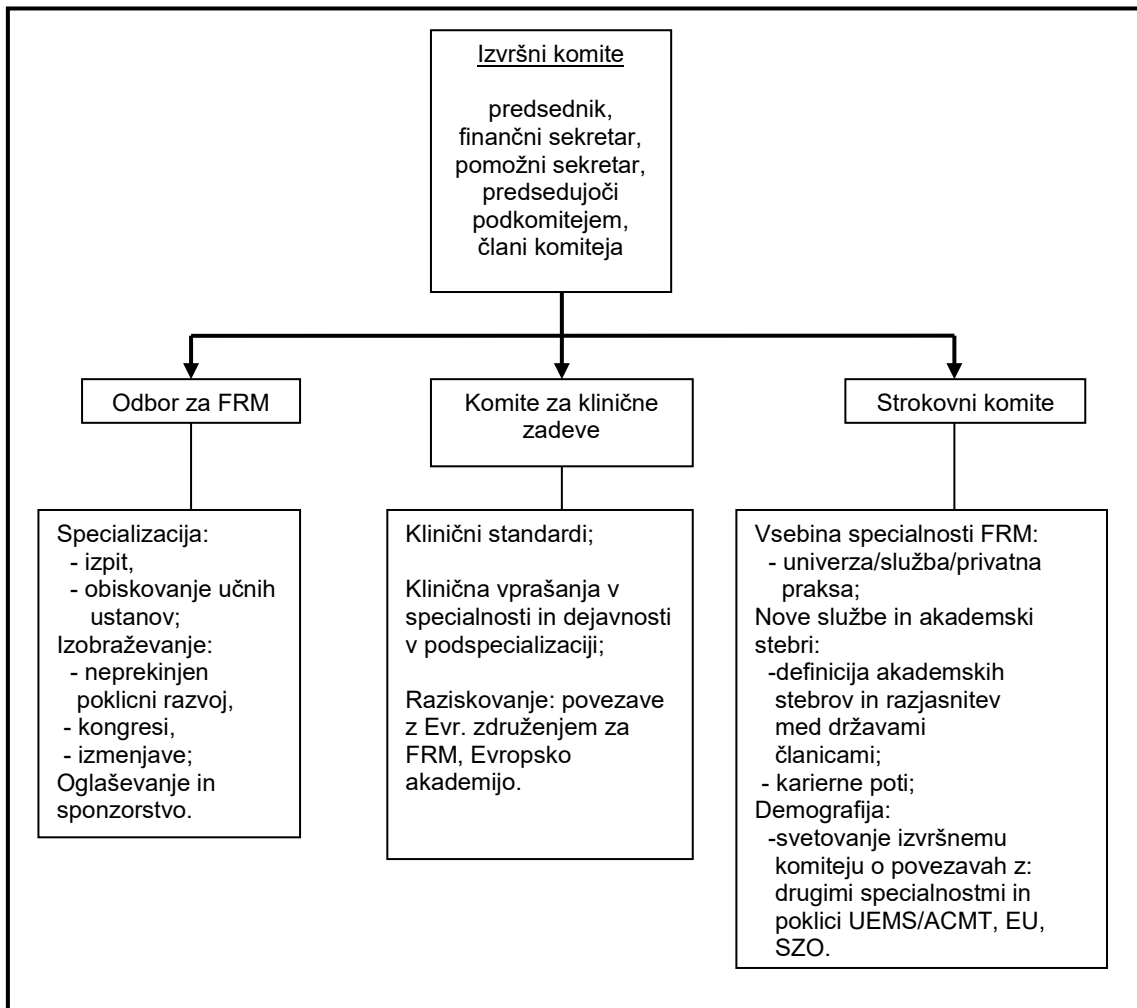
Slika 4. Zdravniške organizacije v Evropski skupnosti

6.4.2. Zgradba in vloga organizacije

Specialnost FRM v Evropi je torej organizirana v Sekciji za FRM pri UEMS (slika 4). To je zakonito telo, ki odgovarja evropskemu komisarju za zdravje in je sočasno edino uradno medicinsko telo, ki ga priznava Evropska skupnost. Cilj sekcije je promocija specialnosti na profesionalen način in usklajevanje specialnosti na evropski ravni s specialističnim izpopolnjevanjem in stalnim podiplomskim izobraževanjem zdravnikov ter s ponovnim preverjanjem znanja. Dejavna je pri razvijanju kliničnih standardov pri praktičnem delu in želi olajšati pristop k raziskavam, ki so potrebne za nadaljnji razvoj specialnosti. Da bi sekcija to dosegla, je s pomočjo UEMS (kot tudi druge specialnosti) pričela tesno sodelovati z Evropsko komisijo in Svetom Evrope. Ima aktivne odnose s številnimi organi, kot so Mednarodna zveza za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, Ameriška akademija za FRM in Desetletje gibal. Ima tri glavne komiteje pod izvršnim komitejem in slika 5 predstavlja njene naloge. Sekcija tesno sodeluje z drugimi evropskimi organizacijami za FRM, kot je »Académie Européenne de Médecine de Réadaptation« in »European Society of PRM«.

Komiteji sekcije so (slika 5):

- Komite za specializacije in izobraževanje (zakoniti komite - Evropski svet za FRM);
- Komite za klinične zadeve;
- Komite za poklicno prakso.



Slika 5. Struktura Sekcije za FRM pri UEMS.

6.4.3. Člani

Po vstopu desetih novih držav članic, 1. maja 2004, Evropska skupnost sedaj vključuje 28 polnopravnih članic vključno s Švico, Norveško in Islandijo. Romunija, Bolgarija, Hrvaška in Turčija so opazovalke. V teh državah je skupaj več kot 10.280 specialistov in 2.800 specializantov (75). Glavna naloga UEMS je torej povezovanje med vsemi državami na evropski ravni. Število specialistov fizikalne in rehabilitacijske medicine se v posameznih državah v Evropi zelo razlikuje. V prilogi III so prikazani demografski podatki.

Na splošno je sestava služb za FRM v državah Evrope podobna, kljub razlikam v sistemih zdravstvenega varstva. Smernice za klinično delo pa se v standarde oblikujejo v delovnih skupinah.

6.4.4. Specializacija iz fizikalne in rehabilitacijske medicine

Program specializacije je opisan v odstavku 6.4.1. Pot do začetka specializacije je v vsaki državi nekoliko drugačna, toda kljub različnim vstopnim nivojem v program specializacije, ima učni načrt po vsej Evropi veliko podobnosti in je skladen s programom Ameriškega sveta za FRM. Naloga Evropskega sveta za FRM je usklajevanje programov specializacij po vsej Evropi, tako naj skrbi za (74):

- evropski specialistični izpit;
- stalni poklicni razvoj in podiplomsko izobraževanje zdravnikov s ponovnim preverjanjem znanja vsakih deset let;
- imenovanje evropskih mentorjev za specializacije in ustanov za specializacije, na podlagi obiskov teh ustanov.

Končni cilj usklajevanja je izobraziti specialiste, ki bodo lahko delali v vseh evropskih zdravstvenih sistemih, in omogočiti državnim medicinskim oblastem/delodajalcem priznavanje strokovnega znanja specialistov, ki so si pridobili izobrazbo v katerikoli od držav v Evropi. Vsi vidiki Sekcije in Odbora, kakor tudi učni načrt za specializacijo je mogoče najti na spletni strani Sekcije na www.euro-prm.org (priloga V).

6.5. Evropska akademija za rehabilitacijsko medicino (Académie Européenne de Médecine de Réadaptation)

Ta organizacija, ki jo sestavlja 50 uglednih starejših specialistov FRM iz vse Evrope, je bila ustanovljena leta 1969. Akademiki postanejo ugledni specialisti FRM, ki so povabljeni zaradi njihovih pomembnih prispevkov k specialnosti, zlasti s humanitarnega vidika. Cilj Akademije je izboljšati vsa področja rehabilitacije v dobrobit vseh tistih, ki jo potrebujejo. Zato spodbuja izobraževanje in raziskovanje po vsej Evropi, pri čemer predstavlja referenco na znanstvenem, izobraževalnem in raziskovalnem področju, izmenjuje ideje in informacije, olajšuje izmenjavo zdravnikov specialistov FRM med različnimi državami in se vključuje v moralne ter etične razprave.

Njen moto je: "*Societas vir origo ac finis*", kar lahko prevedemo kot "Človek je tako vir kot tudi cilj družbe".

Akademija je popolnoma neodvisna in s publikacijami podpira izobraževanje in raziskovalno dejavnost. Pripravila je zbirko vrhunskih monografij »state of the art«, med drugim:

- La Pasticité de la Fonction Motrice. Urednik J-P. Didier (Springer 2004). Delo bo prevedeno v italijanščino v letu 2007;
- Ocenjevanje v fizikalni in rehabilitacijski medicini. Urednika M. Barat in F. Franchignoni (Maugeri Foundation Book 2004);
- Poklicna rehabilitacija. Urednika C. Gobelet in F. Ranchignoni (Springer 2006);
- Les Fonctions Sphinctériennes. Urednik A. Chantraine (Springer 2006).

V pripravi so nove publikacije, npr. s področja onkološke rehabilitacije in zdravljenja bolečine.

Akademija razpravlja o etičnih zadevah in ima tako vlogo varuha načel specialnosti. Povzetek nedavne razprave je izšel kot kratek članek z naslovom "Nasilje in prizadetost" (76).

Akademija podpira različne tečaje, med drugim Evropsko šolo o analizi telesne drže in gibanja na Univerzi v Marseillu, ki jo podpira fundacija Erasmus. Mlade raziskovalce spodbuja k novim raziskavam na področju FRM z vsakoletno nagrado, ki jo sponzorira Švicarska zveza paraplegikov. Natančnejše podatke je mogoče dobiti pri sekretarju akademije.

6.6. Evropska zveza za fizikalno in rehabilitacijsko medicino (The European Society of Physical and Rehabilitation Medicine -ESPRM)

Evropska zveza za FRM (ESPRM) je bila ustanovljena leta 2003 in se ukvarja z raziskavami in izobraževanjem na področju FRM v Evropi. Nasledila je Evropsko federacijo za FRM, ustanovljeno leta 1963, in si prizadeva za usklajevanje evropskih aktivnosti in posredovanje pri znanstvenih izmenjavah. Zveza nudi individualna brezplačna članstva vsem specialistom FRM. Na voljo je tudi skupinsko članstvo za nacionalne evropske zveze FRM. ESPRM pripravlja interaktivni elektronski dostop (www.esprm.org), kjer bo mogoče najti informacije o raziskovalnih projektih, štipendijah in financiranju, pa tudi sveže podatke o tečajih, kongresih, financiranju znanstvenih izmenjav itd.

ESPRM vsaki dve leti organizira strokovne kongrese s področja FRM. Glavne teme zadnjih treh kongresov so bile:

- Sodobna rehabilitacijska medicina - klinični standardi, merjenje rezultatov in učinkovitih posegov v nevrološki rehabilitaciji, mišično-skeletni rehabilitaciji in rehabilitaciji oseb po amputaciji: 13. evropski kongres rehabilitacije, Brighton, Velika Britanija, 2002;
- Napredek v FRM - tradicionalni in moderni koncepti, 14. evropski kongres rehabilitacije, Dunaj, Avstrija, 2004;
- Z dokazi podprta rehabilitacija, fizikalna in rehabilitacijska medicina pri transplantaciji pljuč in pri sladkorni bolezni - 15. evropski kongres rehabilitacije, Madrid, Španija, 2006

Prihodnji evropski kongresi na področju FRM bodo v skladu s standardi organizacije in izvedbe, kot jih določa ESPRM. Tako bodo imeli kongresi standardiziran program, v katerem bo pol dneva na voljo za:

- biološke funkcije (bazične vede);
- rehabilitacijsko tehnologijo;
- klinične vede (FRM v posebnih zdravstvenih stanjih);
- vede o človekovem funkcioniranju (vključno z epidemiologijo, družbenim udejstvovanjem in sorodnimi temami).

Vitalnost FRM ni odvisna od vlade, zavarovalnic, politikov ali drugih strokovnjakov, pač pa od dejavnosti specialistov na tem področju.

7. RAZISKAVE V FIZIKALNI IN REHABILITACIJSKI MEDICINI

7.1. Pomen raziskav pri uveljavljanju potreb in vrednost sedanjih in novih pristopov

FRM je v celoti prevzela načela z dokazi podprte medicine in raziskave na področju FRM so v zadnjih dveh desetletjih dosegle velik napredek. Medtem ko so bili v središču znanstvenega zanimanja v zadnjih 15 letih predvsem fiziološki mehanizmi delovanja telesnih funkcij, sedaj narašča število raziskav, ki preučujejo klinično učinkovitost rehabilitacije pri mnogih boleznih, kot so npr. bolečina v križu, možganska kap, poškodba možganov in hrbtenjače (77-79), revmatoidni artritis, srčno-žilne, pljučne in presnovne motnje. Za nekatera bolezenska stanja so na voljo tudi že meta-analize kontroliranih študij.

7.1.1. Pomembnost raziskav

Specialnost si prizadeva spodbuditi zanimanje in vključevanje v raziskave na področju rehabilitacije. Zavedajo se dejstva, da so raziskave potrebne za razumevanje osnovnih procesov rehabilitacije kot npr., kako se posamezniki učijo novih spretnosti ali, kako lahko telesna tkiva (npr. mišice ali živčne poti v centralnem živčnem sistemu) okreva ali se prilagodijo posledicam poškodbe ali bolezni. Raziskave lahko tudi ugotavljajo pojavnost in razširjenost zmanjšane zmoglosti in določajo dejavnike, ki so ključni za okrevanje in za posameznikovo sposobnost spreminjanja, učenja novih spretnosti ter odzivanja na rehabilitacijo.

Pojavljajo se nove tehnologije, ki bi morale biti v pomoč uporabnikom z zmanjšano zmoglostjo/invalidnostjo. Rehabilitacijska tehnologija sodi med najpomembnejša in najobetavnejša področja raziskav danes in v prihodnosti. K temu veliko prispevajo tkivni inženiring in druge moderne tehnologije. Stroški zdravstvene oskrbe in rehabilitacije bodo naraščali in politiki bodo skušali zdravstvene službe prisiliti, da omejijo stroške in dokažejo učinkovitost svoje dejavnosti. FRM je zanesljiv partner v pogovorih z bolniki, politiki, ministrstvi za zdravstvo in zavarovalnicami, saj lahko utemeljevanje koristnosti, uspešnosti specializacije podkrepi z dokazi, ki pa jih zagotavljajo edino raziskave.

7.1.2. Izzivi na področju raziskav v fizikalni in rehabilitacijski medicini

Za rehabilitacijske raziskave ne zadoščajo standardni pristopi temeljnih znanosti niti pristopi medicinske raziskovalne prakse. Precejšen napredek je bil dosežen pri kliničnih meritvah, v klinimetriki (= veda, ki ugotavlja kakovost in učinkovitost kliničnih meritev *op.prev.*). Tako je mogoče randomizirane kontrolirane raziskave uporabiti na mnogih področjih, čeprav so manj učinkovite, kadar pričakovane spremenljivke variirajo med preiskovanci znotraj skupine, posebno če se to zgodi, zaradi osebnih ali socialnih ne pa bioloških razlogov. Zasnove kliničnih raziskav, ki so jih razvili na področju klinične psihologije, so pogosto uspešnejše in znanstveno ustrežnejše kot zasnove raziskav, ki ocenjujejo učinke zdravil. Kombinacija kvalitativnih in kvantitativnih metod pogosto zagotovi znanstveno ustrežnejšo analizo učinkovitosti v rehabilitaciji.

Vladne agencije pogosto hočejo, da jim posredujemo dokaze za stroškovno učinkovitost rehabilitacije in ponavadi zahtevajo oceno službe kot celote, zaradi širokega razpona različnih tehnik, ki morajo biti na voljo medicinskemu timu, da lahko poskrbi za različne potrebe posameznikov v vsaki skupini bolnikov.

V tem je resnična srž problema, saj FRM rezultate dosega z vrsto številnih, različnih posegov in/ali medsebojnega vpliva med njimi. Prikaz učinka enega samega rehabilitacijskega posega ni "realističen". Čeprav je bistven za ugotavljanje učinkovitosti posameznih postopkov, ki jih je potrebno vključiti v program, pa ne more sam po sebi oceniti programa kot celote. Trenutno obstaja več pobud, ki se ukvarjajo s temi tehničnimi in znanstvenimi problemi, da bi zagotovili redno spremljanje učinkovitosti in gospodarnosti pri rehabilitacijski obravnavi.

7.2. Raziskovalne ustanove in viri

Najpomembnejši korak, ki ga je treba narediti, da bi izboljšali raven in povečali število raziskav v FRM, je organizacija komunikacijskih podlag za vse udeležence raziskovalnega dela v Evropi. Informacije o projektih, ki tečejo ali tistih, ki jih načrtujejo, o financiranju in štipendijah, o protokolih, vprašalnikih, merilnih orodjih in programih znanstvenih izmenjav morajo biti na voljo in zlahka dostopne zdravnikom, raziskovalcem in upravljalnim strukturam. Znatna finančna sredstva bodo potrebna za znanstveno-raziskovalno delo, da bi lahko odgovorili na pereča vprašanja o učinkovitosti rehabilitacijskih tehnik.

Da bi odgovorili na ta pomembna vprašanja, bo treba zelo povečati financiranje raziskav na področju FRM. Na evropski, kot tudi na nacionalni ravni, je nujno potrebno načrtovanje raziskav in sodelovanje s strokovnjaki, ki se ukvarjajo z raziskovalnim delom na drugih področjih. To bo pomagalo zmanjšati vpliv zmanjšanih zmožnosti in invalidnosti na osebni in družbeni ravni.

7.3. Izobraževanje za raziskave

Zgoraj navedene tehnične zahteve na področju rehabilitacijskega raziskovalnega dela morajo razumeti vsi, ki se ukvarjajo z rehabilitacijo. Ker večina dejavnosti v rehabilitaciji zahteva timski in multidisciplinarni pristop, so multidisciplinarne raziskovalne skupine in oddelki najbolj plodno okolje za izobraževanje posameznikov z različnimi rehabilitacijskimi poklici, vključno z medicinskimi. Ni smiselno, da bi se zdravniki ukvarjali z rehabilitacijo celovito in timsko, obenem pa bi bila v raziskovalno delo vključena samo skupina strokovnjakov z enega področja, ki pa ne bi sodelovala z drugimi. Zato si vsekakor prizadevamo, da bi specializanti iz FRM imeli priložnost spoznati prednosti multidisciplinarnih raziskovalnih timov. Čeprav so trenutno sredstva v mnogih državah še vedno nezadostna, da bi lahko omogočili izobraževanje na področju raziskovalnega dela, ne samo najbolj nadarjenim specializantom iz FRM, ampak tudi drugim, se stanje počasi izboljšuje. Specializanti z doktoratom znanosti ali z ustrezno drugo izobrazbo poleg svoje poklicne kvalifikacije, bodo trdna osnova, od katere je odvisna prihodnja raziskovalna in akademska dejavnost.

7.4. Objavljanje rezultatov raziskav

Rezultati znanstvenih raziskav v FRM so objavljeni v splošnih strokovnih revijah vsake države. Na evropski ravni specialisti lahko prebirajo vrsto znanstvenih revij, med njimi so »Journal of rehabilitation medicine« (ki ima trenutno med rehabilitacijskimi revijami najvišji "faktor vpliva" na svetu), »Disability and rehabilitation«, »Clinical rehabilitation«, »Archives of physicial medicine and rehabilitation« in »Europa medicophysica«, ki vse objavljajo multidisciplinarne raziskave.

8. RAZVOJ V PRIHODNOSTI

8.1. Filozofija

Življenjska doba se podaljšuje, tako v razvitih kot v državah v razvoju. Še bolj pomembno je, da se je poleg staranja prebivalstva izboljšalo tudi preživetje po poškodbah in boleznih, posledica tega pa bo še večja potreba po rehabilitacijskih službah v vseh evropskih državah, kjer se zvišujejo tudi zahteve po večji kakovosti življenja (80). Zato se morajo rehabilitacijski sistemi stalno razvijati po naslednjih načelih:

- rehabilitacija po poškodbi ali bolezni in v kroničnih stanjih je osnovna človekova pravica (81);
- enakopraven in preprost dostop do vseh področij rehabilitacije, vključno s specialistično rehabilitacijsko medicino, podporno tehnologijo in socialno podporo za vse evropsko prebivalstvo;
- enotnost visokih standardov oskrbe v rehabilitaciji, vključno z zagotovljeno kakovostjo in zdravljenjem, ki temelji na znanstvenih dokazih;
- znanstvena osnova za razvoj rehabilitacijskih modelov in standardov oskrbe kot vodilo klinične prakse.

8.2. Cilji

Da bi dosegli te cilje v FRM, bo treba:

- izboljšati splošno razumevanje in zavedanje o potrebah oseb z zmanjšano zmožnostjo ali invalidnostjo;
- z objavami člankov seznaniti javnost o koristnosti rehabilitacije, kar bo pripeljalo do takšne družbene zavesti, ki bo dostop do ustrezne rehabilitacije imela za eno izmed osnovnih človekovih pravic;
- poglobiti razumevanje in sodelovanje med invalidskimi organizacijami in specialnostjo FRM;
- vzpostaviti celovite rehabilitacijske službe po vsej Evropi s specializiranimi in dobro izobraženimi rehabilitacijskimi timi ter dobro opremljenimi rehabilitacijskimi ustanovami. Dodatno morajo biti na voljo lokalne rehabilitacijske službe za oskrbo kroničnih stanj, ki povzročajo zmanjšano zmožnost ali invalidnost;
- vzpostaviti sisteme, ki bodo zagotovili, da bo fizikalna in rehabilitacijska medicina imela dovolj dobro izobraženih in usposobljenih specialistov FRM v vseh evropskih državah;
- vzpostaviti skupne visoke, z dokazi podprte standarde oskrbe, ki morajo upoštevati kontrolo kakovosti in dostopnost podporne tehnologije;
- vključiti nova tehnična dognanja v FRM obravnavo, ki bodo zelo pripomogla k doseganju boljšega izida v rehabilitacijski obravnavi. Vse bolj razširjena tehnologija bo veliko prispevala k neodvisnemu in kakovostnemu življenju ljudi z zmanjšano zmožnostjo ali invalidnostjo v Evropi;
- spodbujati znanstveno dejavnost in raziskave na področju rehabilitacije z ustreznim financiranjem, da bi izboljšali izid rehabilitacijske obravnave oseb z zmanjšano zmožnostjo ali invalidnostjo;
- podpirati razvoj takšnega okolja, kjer bodo lahko ljudje z zmanjšano zmožnostjo polno sodelovali v družbi. Specialisti FRM bodo sodelovali z osebami z zmanjšano zmožnostjo ali invalidnostjo pri uresničevanju tega cilja.

Vsi ti ukrepi bodo omogočili, da bodo osebe z zmanjšano zmožnostjo ali invalidnostjo pomembno prispevale k družbi in s tem k Evropski skupnosti.

9. LITERATURA

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. British Medical Journal 1988; 296: 1153-1155.
4. UEMS-PRM-Section: Definition of Physical and Rehabilitation Medicine. www.euro-PRM.org. 2005.
5. Ward AB, Chamberlain MA. Disabled Young Adults. In Rehabilitation of the Physically Disabled Adult, 2nd Ed. 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? British Medical Journal 1994; 309: 1273-7.
7. Beyer HM, Beyer L, Ewert Th, Gadomski M, Gutenbrunner Chr, Kröling P, Pages HI, Sidel E, Smolenski U, Stucki G: Weißbuch Physikalische Medizin und Rehabilitation. Physikalische Medizin: Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin; 2002; 12: M 1-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; p 146.
9. Rice-Oxley M, Turner-Stokes L: Effectiveness of brain injury rehabilitation. Clinical Rehabilitation. 1999; 13 (Suppl 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(5): 3173-20.
11. Templeton, J. Organising the management of life-threatening injuries. Journal of Bone & Joint Surgery - British Volume. 1994; 76 (1): 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). Cerebrovascular Diseases. 2000; 10 (Suppl 3): 1-11.
13. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Stroke Unit Trialists' Collaboration. [update in Cochrane Database of Systematic Reviews]. 2002; Cochrane Database of Systematic Reviews.
14. National Clinical Guidelines for Stroke, 2nd Edition. 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. Clinical Rehabilitation. 1999; 13: 253-267.
16. Livingston MG. Journal of Neurology, Neurosurgery & 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. British Medical Journal 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 (9342): 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. Disability & Rehabilitation. 2002; 24 (17): 932-8.
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. Current Opinion in Rheumatology 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 (3): 451-73.
27. Stucki G, Sangha O. Principles of rehabilitation. In: *Rheumatology*. 2nd Edn, Chapter 3: Klippel JH, Dieppe PA, Eds. London: Mosby; 1997. pp 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. *Physical Therapy* 2002 Nov; 82 (11): 1098-107.
30. Cieza A, Ewert T, Ustun TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2004 July (44 Suppl): 9-11.
31. Stucki G, Grimby G. Applying the ICF in medicine. *Journal Rehabilitation Medicine*. 2004 Jul (44 Suppl): 5-6.
32. Ustun B, Chatterji S, Kostanjsek N. Comments from WHO for the *Journal of Rehabilitation Medicine Special Supplement on ICF Core Sets*. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2004 Jul (44 Suppl): 7-8.
33. Stucki G, Cieza A. Understanding functioning, disability and health in rheumatoid arthritis - the basis for rehabilitation care. *Current Opinion in Rheumatology*. 2005;17(2):183-9
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, 7th edition: 2003; p 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. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 1987; 50: 1488-1492.
40. Warner R. Stroke rehabilitation: benefits of educational initiatives. *British Journal of Nursing* 2000; 9 (20): 2155 - 62.
41. Grahn BE, Borgquist LA, Ekdahl CS. Rehabilitation benefits highly motivated patients: a six-year prospective cost-effectiveness study. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2004; 20 (2): 214 - 21.
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? *Disability & Rehabilitation*. 2003; 25 (15): 875-81.
44. Turner-Stokes L. The evidence for the cost-effectiveness of rehabilitation following acquired brain injury. *Clinical Medicine* 2004; 4 (1): 10-2
45. Melin R, Fugl-Meyer AR. On prediction of vocational rehabilitation outcome at a Swedish employability institute. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2003; 35 (6): 284-9.
46. Didier JP: La plasticité de la fonction motrice. Collection de l'Académie européenne de Médecine de Réadaptation. Springer Verlag; 2004. p476. Paris: p 476.
47. Krauth C, Hessel F, Klingelhöfer HE, Schwelkert B, Hansmeier T, Wasem J: Gesundheitsökonomische Evaluation von Rehabilitationsprogrammen im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften (Health Economic Evaluation of Rehabilitation Programmes in the "Rehabilitation Science" Research Funding Programme in Germany). *Rehabilitation* 2005; 44: pp e46-e56.
48. Boyd LA, Winstein CJ. Impact of explicit information on implicit motor-sequence learning following cerebral artery stroke. *Physical Therapy* 2003; 83 (11): 976-89.

49. Friberg F, Scherman MH: Can a teaching and learning perspective deepen understanding of the concept of compliance? A theoretical discussion. *Scandinavian Journal Caring Sciences* 2005; 19 (3): 274-9.
50. André JMF. Ondements, stratégies et méthodes en médecine physique et de réadaptation. In: *Traité de médecine physique et de réadaptation*. Held JP, Dizien O (Eds.). Paris: Flammarion; 1999, pp 3-13.
51. SGB IX (9th Social law): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Beck-Texte. Dt. München: Taschenbuch-Verlag; 2001.
52. Garraway G.M., Akhtar AJ, Prescott R.J, Hockey L. Management of acute stroke in the elderly: follow-up of a controlled trial. *British Medical Journal*; 1980; 1, 281: 827-9.
53. Mazaux JM. De Seze M. Joseph PA. Barat M. Early rehabilitation after severe brain injury: a French perspective. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2001; 33 (3): 99-109.
54. Wade D. Investigating the effectiveness of rehabilitation professions--a misguided enterprise? *Clinical Rehabilitation* 2005; 19(1): 1-3.
55. Quintard B. Croze P. Mazaux JM. Rouxel L. Joseph PA. Richer E. Debelleix X. Barat M. Life satisfaction and psychosocial outcome in severe traumatic brain injuries in Aquitaine. *Annales de Readaptation et de Medecine Physique* 2002; 45 (8): 456-65.
56. McLellan DL. Targets for Rehabilitation. *British Medical Journal* 1985; 290: 1514.
57. Nybo T, Sainio M, Muller K. Stability of vocational outcome in adulthood after moderate to severe preschool brain injury. *Journal of International Psychological Society*. 2004; 10 (5): 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, K.M. and Cope, N. The benefits of rehabilitation in traumatic brain injury: a literature review. *Journal of 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. *Clinical Rehabilitation* 2005; 19: 117-125.
62. Stucki G, Stier-Jarmer M, Gadowski M, Berleth B, Smolenski U: Indikationsübergreifende Frührehabilitation (General early rehabilitation). *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 2002; 12: 146–156.
63. Glaesner, JJ, Harloff KJ, van de Weyer Th: Rehabilitation im Akutkrankenhaus (Rehabilitation in Acute Hospitals). *Fortschritt und Fortbildung in der Medizin Band 29*. Dt. Ärzteverlag, Köln; 2005, pp 13-19.
64. Franchignoni F, Salaffi F. Generic and specific measures for outcome assessment in orthopaedic and rheumatological rehabilitation. p58. In: *Advances in Physical Medicine & Rehabilitation: Assessment in Physical Medicine and Rehabilitation*, Eds. Barat M, Franchignoni F. Maugeri Foundation Books, Pavia. (ISBN 88-7963-180-2). 2004.
65. Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain. (Cohrane Review). In: *The Cochrane Library Issue 4*. UK: John Wiley&Sons Ltd; 2004
66. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder m, Roine R, Juhainen M, Hurri H et al. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for subacute low back pain among working age adults. (Cohrane Review). In: *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 April 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: In: *Aphasie*. 2000. Masson;, Paris.
71. Tennant A. Principles and Practice of Measuring Outcome. In: *Advances in Physical Medicine & Rehabilitation: Assessment in Physical Medicine and Rehabilitation*, Eds. Barat M, Franchignoni F. Maugeri Foundation Books, Pavia. (ISBN 88-7963-180-2). 2004, p 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. Maryland State Medical Journal. 1965; 14: 61-65.
75. Mau W, Gülich 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. Journal of Rehabilitation Medicine 2006; 38 (2); 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;38:10-2
78. National Rehabilitation Guidelines -Italian National Health Service- Ministry of Health Official Bulletin, Rome, June 1998.
79. SPREAD National Stroke Guidelines- Italian National Health Service. 2001. www.sanita.it.
80. Brain Injury Guideline - Modena and Verona national Consensus Conference- 2001/2005 - 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.

PRILOGA Ia.

Predlog nove definicije po modelu MKF

[Z dovoljenjem: G. Stucki in J. Melvin v sodelovanju s
Komitejem za poklicno prakso sekcije FRM pri UEMS]

Po integrativnem modelu človeškega funkcioniranja, kot ga definira SZO, je FRM medicinska specialnost, z rehabilitacijo kot osnovo zdravstvenega pristopa. Model uporablja in združuje biomedicinski in tehnični pristop, da bi čim bolj izkoristili posameznikove sposobnosti, in sicer tako, da jih izboljšujemo in krepimo, mu poskušamo zagotoviti vzpodbudno okolje in razvijamo posameznikovo osebno sposobnost za uspešno vzajemno sodelovanje in udejstvovanje v okolju. Pristop vključuje diagnostiko in zdravljenje zdravstvenih stanj. FRM dosega učinkovitost:

1) z ocenjevanjem funkcioniranja, glede na zdravstveno stanje, osebne in okoljske dejavnike, vključno s prognozo; z možnostjo spreminjanja prognoze; z zastavljanjem dolgoročnih ciljev, ciljev programa ukrepov, ciljev poteka rehabilitacijske obravnave in ciljev posegov, in z ocenjevanjem zakonsko opredeljene invalidnosti;

2) z izvajanjem ali uporabo biomedicinskih in tehničnih posegov, da bi čim bolj izboljšali sposobnosti posameznikov, vključno s fizikalnimi načini zdravljenja, s tehnikami za lajšanje bolečine; z nevrofiziološkimi posegi; s prehranskimi in farmakološkimi posegi; s tehničnimi ukrepi in rešitvami, ki vključujejo, npr. vsadke, proteze in ortoze, pripomočke in naprave, ki vzdržujejo, izboljšajo ali obnovljajo okvarjene telesne funkcije in zgradbe. Te zmanjšujejo bolečino, izčrpanost in druge simptome, preprečujejo okvare, zdravstvene zaplete in tveganja (npr. depresijo, preležanine, trombozo, kontrakturo sklepov, osteoporozo in padce) in nadomeščajo primanjkljaj ali izgubo telesnih funkcij in zgradb;

3) z vodenjem in koordinacijo programov ukrepov, da bi bili v multidisciplinarnem procesu reševanja težav čim bolj uspešni; z izvajanjem, uporabo in združevanjem biomedicinskih in tehničnih posegov; psiholoških in vedenjskih; izobraževalnih in svetovalnih; delovnih in poklicnih; socialnih in podpornih ter arhitekturnih posegov;

4) z zagotavljanjem smernic in vodstva bolnikom ter njihovemu neposrednemu okolju, ponudnikom in plačnikom storitev ves čas oskrbe, in v vseh drugih okoliščinah, od akutnega zdravljenja v bolnišnici do lokalne skupnosti;

5) z izvajanjem in vodenjem rehabilitacije v zdravstvenih in v drugih službah;

6) s svetovanjem javnosti, naj zahteva, in ustreznim organom, naj sprejmejo in izvajajo zdravstveno politiko in programe - To (a) razširja področja, ki zagotavljajo bolj urejeno fizično, socialno in ekonomsko širše okolje; (b) zagotavlja dostopnost rehabilitacijskih storitev kot človekovo pravico in (c) omogoča specialistom FRM, da zagotovijo pravočasno in učinkovito oskrbo za posameznike z zmanjšano zmožnostjo ali invalidnostjo (ali posameznikom s tveganjem za nastanek zmanjšane zmožnosti), da bi dosegli in ohranili čim boljše funkcioniranje v vzajemnem sodelovanju s širšim fizičnim, družbenim in ekonomskim okoljem.

PRILOGA Ib.

Opis specialnosti fizikalne in rehabilitacijske medicine

Fizikalna medicina je medicinska panoga, ki na znanstveni osnovi vključuje posege za izboljšanje telesne in duševne funkcijske sposobnosti s pomočjo fizioloških mehanizmov (na primer: refleksov, funkcionalne prilagoditve in nevroplastičnosti) ter s telesno in duševno vadbo. To je mogoče po tem, ko je postavljena natančna funkcijska diagnoza, s funkcijskim testiranjem, kar je pristojnost specialnosti FRM. V fizikalni medicini pogosto dela interdisciplinarni tim strokovnjakov, ki vključuje fizioterapevte, delovne terapevte in druge usposobljene zdravstvene delavce, socialne delavce, izobraževalno osebje in inženirje (glej 5. poglavje).

Rehabilitacijska medicina je usmerjena ne le na posameznikovo telesno funkcioniranje, temveč tudi na zagotavljanje aktivnega sodelovanja v družbi. To dopolnjuje in presega ustaljeno definicijo rehabilitacije, kot *»aktivnega procesa, s katerim osebe, ki jih je prizadela poškodba ali bolezen, popolnoma okrevajo, ali v primeru, ko popolno okrevanje ni mogoče, kar najbolj razvijejo svoje telesne, duševne in socialne zmožnosti in se vključijo v okolje, ki jim najbolj ustreza«*(2). Oboje je pomembno za osebe s kroničnimi obolenji, posledicami poškodb ali prirojenimi nepravilnostmi/napakami. Da bi to dosegli, moramo bolnike v rehabilitacijskih ustanovah poučevati in z njimi vaditi dejavnosti, kot so npr. skrb zase, hoja, vožnja, nakupovanje, učenje in še mnoge druge. Pregledni seznam vseh aktivnosti je mogoče najti v Mednarodni klasifikaciji funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF) (glej 3. poglavje).

PRILOGA II.

Primeri zdravstvenih stanj, ki povzročajo zmanjšano zmožnost, s katerimi se pogosto srečujejo specialisti FRM

Posledice

poškodb:

- nezgodna poškodba možganov;
- poškodba hrbtenjače;
- multiple in kompleksne poškodbe - politravma;
- poškodbe brahialnega pleteža in perifernih živcev;
- športne poškodbe;
- okvare, povezane s kroničnimi stanji, ki povzročajo zmanjšano zmožnost;
- poklicne poškodbe.

Posledice

nevroloških stanj:

- možganska kap - vključno s subarahnoidno krvavitvijo;
- kronična nevrološka stanja, ki vodijo v zmanjšano zmožnost, npr. multipla skleroza, Parkinsonova bolezen;
- okužbe in ogojki centralnega živčnega sistema;
- tumorji centralnega živčnega sistema;
- paraliza hrbtenjače;
- živčno-mišične motnje in miopatije;
- periferne nevropatije, vključno z Guillain-Barréjevo boleznijo in utesnitvenimi nevropatijami;
- Alzheimerjeva bolezen;
- kongenitalna stanja - cerebralna paraliza, spina bifida itd.;
- redka prirojena stanja.

Posledice

akutih in kroničnih bolečinskih stanj:

- amputacija (kot posledica poškodbe, žilne ali maligne bolezni);
- stanja po operacijah (vključno s presaditvijo organov), zdravljenjem v EIN (vključno z polinevropatijo, kritično bolnega in imobilizacijskim sindromom (slabšanje telesne zmogljivosti) in odpovedjo več organov).

Posledice

mišično-skeletnih stanj:

- okvare hrbtenice:
 - 1) akutna in kronična bolečina v križu;
 - 2) sindromi vratne hrbtenice;
 - 3) bolezen prsne hrbtenice;
- degenerativna in vnetna bolezen sklepov;
- drugi mono- in poli-artritis;
- revmatizem mehkega tkiva (vključno z fibromialgijo);
- kompleksne težave s stopali in rokami;
- osteoporoza;
- kronični (mišično-skeletni) bolečinski sindromi:

- 1) bolečinski sindromi povezani z delom;
- 2) sindrom kronične utrujenosti in fibromialgija.

Posledice

srčno-žilnih bolezni:

- koronarna srčna bolezen;
- srčno popuščanje;
- bolezen zaklopk;
- kardiomiopatije;
- periferna žilna bolezen, vključno z amputacijami;
- arterijska hipertenzija.

Posledice

bolezni dihal:

- astma;
- kronična obstruktivna pljučna bolezen;
- pljučna fibroza;
- pneumokonioza, vključno z azbestozo in drugimi poškodbami v industriji.

Posledice

debelosti in presnovnih bolezni:

- sladkorna bolezen;
- metabolični sindrom, hiperlipidemija in hiperurikemija.

Posledice

bolezni sečil:

- kronična ledvična odpoved;
- tumorji sečil, vključno z rakom prostate;
- prostatizem (hipertrofija prostate);
- inkontinenca - npr. stresna inkontinenca in inkontinenca po operaciji.

Posledice

bolezni prebavil:

- Kronova bolezen, ulcerozni kulitis;
- funkcionalne motnje prebavil.

Posledice

spolnih motenj (razen nevroloških):

- težave v spolnosti;
- erektilna disfunkcija.

Posledice

infekcijskih in imunoloških bolezni:

- presaditev kostnega mozga;
- posledice okužbe s HIV.

Posledice

raka in njegovih posledic, vključno s posledicami zdravljenja in paliativnega zdravljenja

Posledice

stanj povezanih s starostjo:

- pediatrična zdravstvena stanja, vključno z kongenitalnimi deformacijami, idiopatično skoliozo, Mb. Perthes, spina bifida itd.;
- težave v starosti.

Priloga III.

Specialisti FRM v Evropi po državah članicah UEMS.

Država	Celotno št. zdravnikov	Celotno št. specialistov	Število specialinosti	Specialisti FRM, ki prakticirajo	Št. specialistov FRM	Št. zdravnikov FRM/100000 prebivalcev	Št. prebivalstva
Avstrija	29 100	13 150	44	134	85	1,85	7 300 000
Belgija	38 700	16 365	24	450	80	4,40	10 240 000
Ciper	2 000	1 850	41	9	-	0,90	1 000 000
Češka	35 000	27 000	80	483	130	4,67	10 300 000
Danska	15 000	6 000	23	120	0	2,18	5 500 000
Estonija	8 968	4 312	40	158	-	11,70	1 351 000
Finska	19 000	10 500	35	152	30	2,92	5 200 000
Francija	183 700	95 000	38	1 760	125	2,97	61 300 000
Grčija	60 700	15 200	37	164	33	1,49	11 000 000
Hrvaška*	15 600	8 200	43	299	40	6,80	4 600 000
Irska	6 050	4 650	51	5	2	0,13	4 000 000
Islandija*	900	-	33	10	3	3,72	270 000
Italija	307 600	160 000	45	2 200	350	3,85	59 000 000
Latvija	8 588	7 437	46	120	7	5,42	2 300 000
Litva	-	-	-	-	-	-	-
Luksemburg	810	520		8	0	2,0	400 000
Malta				1	0	0,25	
Madžarska	40 829	29 280	92	140	27	1,38	10 117 000
Nemčija	394 432	261 437	43	1 571	65	1,96	80 000 000
Nizozemska	39 800	16 500	27	248	78	1,65	15 000 000
Norveška*	18 404	13 982	30	183	58	3,00	4 300 000
Poljska	109 000	65 000	58	900	120	2,30	39 000 000
Portugalska	29 950	14 530	46	325	100	3,25	10 000 000
Romunija*	44 630	37 670	58	690	164	3,14	22 000 000
Srbija & Črna gora	25 000	20 000	41	610	120	5,80	10 500 000
Slovaška	-	-	-	-	-	-	-
Slovenija	4 547	3 362	39	68	19	3,40	2 000 000
Španija	157 900	70 000	51	1 500	292	3,85	44 000 000
Švedska	27 000	17 600	60	160	20	1,88	8 500 000
Švica*	25 251	23 170	44	269	50	3,59	7 502 000
Turčija*	91 000	33 000	36	1 300	200	1,86	70 000 000
Velika Britanija	150 000	21 000	58	129	57	0,27	58 000 000

* Ni članica EU

Priloga IV

Diagnostična orodja in ocenjevanje v fizikalni in rehabilitacijski medicini

Diagnoza in ocenjevanje v FRM vključuje naslednji seznam:

Diagnoza bolezni:

- anamneza;
- klinični pregled;
- klinična diagnostična orodja, npr. slikanje itd.

Funkcijsko ocenjevanje:

- klinični funkcijski pregledi (npr. testiranje mišic, obseg gibljivosti, koordinacija, ročnost);
- standardizirani/klinični testi (test »vstani in pojdi«; funkcijski doseg, »vstani iz sedenja« in drugi)
- tehnični testi (dinamometrija: mišična vzdržljivost in moč; elektrofiziološko testiranje itd.);
- ocenjevalne lestvice in vprašalniki, meritve izida rehabilitacije;
- somatosenzorično testiranje (dotik, temperatura, pritisk, bolečina, itd.);
- drža; pomičnost; poseganje, prijemanje in manipuliranje;
- testiranje čutenja in posebnih občutkov;
- požiranje in hranjenje;
- spolnost;
- kontinenca;
- stanje tkiv (težave s kožo in preležanine);
- delovanje črevesja in mehurja;
- sporazumevanje (govor, jezik in neverbalno);
- razpoloženje, vedenje, osebnost;
- merila za splošno zdravje itd.;
- nevropsihološko testiranje (zaznavanje, spomin, izvršilne funkcije, pozornost in drugo).

Ocenjevanje dejavnosti in sodelovanja:

- anamneza, vprašalniki in sezname za preverjanje;
- pomembni okoljski dejavniki:
 - 1) socialni položaj, družina in prijatelji, skupnost;
 - 2) poklic in delodajalec, finančno in drugo premoženje itd.;
- potreba po oskrbi;
- potreba po pripomočkih (npr. invalidski voziček);
- prilagoditve okolja (npr. bivalnega okolja).

Posebno funkcijsko ocenjevanje:

Laboratoriji za analizo hoje, ki so opremljeni z instrumenti za:

- kinematične meritve - vzorce gibanja, vključno s časovnimi in prostorskimi parametri (goniometrijo/elektrogoniometrijo, merjenje pospeškov, optoelektronski sistemi, digitalne videokamere s primerno programsko opremo itd.);
- kinetične meritve - reakcijske sile tal (dinamometrične plošče, pedobarografske plošče, sistemi zaznavanja z vložki, prenosni sistemi za hojo itd.);
- površinska EMG aktivnost v določenih mišicah;
- energetika.

Določanje drugih nalog ravnotežja in pomicnosti (statična in dinamična posturografija, dolgotrajno spremljanje aktivnosti itd.).

Delovna uspešnost: dnevne aktivnosti in vodenje gospodinjstva, zaposlitev in produktivne dejavnosti (vključno z ocenjevanjem funkcijske sposobnosti in analizo delovnega mesta), terapevtsko ocenjevanje vožnje, prostočasne dejavnosti.

Priloga V

Učni načrt (*kurikulum*) študija in teoretičnega znanja za diplomu Evropskega odbora za FRM (verzija 2005)

A. SPECIFIČNO OSNOVNO POZNAVANJE SPECIALNOSTI

UVOD: *filozofija, cilji in metodologija fizikalne in rehabilitacijske medicine.*

1. Zgodovinski vidiki specialnosti.
2. Zmanjšana zmožnost in proces rehabilitacije:
 - a. model tradicionalne medicine;
 - b. model fizikalne in rehabilitacijske medicine;
 - c. rehabilitacijski proces.
3. Fizikalna in rehabilitacijska medicina: samostojna specialnost:
 - a. merila za avtonomnost specialnosti;
 - b. filozofija;
 - c. cilji;
 - d. metodologija.
4. Vloga specialista fizikalne in rehabilitacijske medicine:
 - a. zdravstvene naloge;
 - b. zdravstveno-socialne naloge;
 - c. cilji in standardi specialnosti;
 - d. interdisciplinarno delo.

Poglavje 1. Osnove fizikalne in rehabilitacijske medicine

1. Načela splošne biomehanike, kinetike in kinematike. Sile, sestavljanje sil, vzvodi, navori, moč, delo, vztrajnost, pospešek.
2. Načela obnašanja in odpornosti materialov na delovanje sile. Splošno razumevanje napetosti in učinkov napetosti. Značilnosti homogenih in sestavljenih materialov. Osnovno znanje o merjenju natezanja in deformacije različnih materialov.
3. Biomehanika: splošno poznavanje uporabe zgornjih zakonov na živem tkivu. Biomehanika različnih tkiv v človeškem telesu (zlasti v lokomotornem sistemu). Osnovno znanje o biomehaniki tekočin in uporaba tega znanja za tekočine v človeškem telesu.
4. Proučevanje človeškega gibanja (kineziologija).
 - a. *Splošno*
 - Uporaba vzvodnih sistemov na človeškem telesu; različni sestavi vzvodov glede na lokomotorni sistem.
 - Poznavanje zgradbe sklepov, klasifikacija in značilnosti gibanja v sklepih.
 - Mišične kontrakcije, notranji in zunanji upor, skrajšanje mišic in obsega gibljivosti sklepov. Dejavniki, ki omejujejo obseg gibljivosti. Različni tipi mišic. Različni mehanski tipi mišične kontrakcije, mišice, ki premoščajo enega ali več sklepov. Statične ali izometrične kontrakcije, dinamične ali izokinetične kontrakcije.
 - Pliometrične kontrakcije. Agonisti, antagonisti, sinergični mišični sistemi. Kinetične verige.

b. Specifično

- Fiziologija funkcij sklepov in mišic: hrbtenica in udi. Ta del učnega načrta predvideva predhodno natančno poznavanje anatomije lokomotornega sistema.

c. Uporabno

- Uporaba prejšnjih podatkov v analizi drže in gibanja pri osnovnih človekovih dejavnostih : osnovni položaji in različne drže, geste, oprijemanje, ročnost, hoja, tek in skakanje.
5. Biokemični učinki telesne vadbe. Poraba energije, uravnavanje toplote. Fiziološka poraba, učinki vadbe na srčno-žilni sistem in pljuča.
 6. Klinična epidemiologija, metodologija za klinične raziskave. Statistika.
 7. Z dokazi podprta medicina v specialnosti fizikalne in rehabilitacijske medicine.
 8. Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF).
 9. Ocena kognitivne funkcije.

Poglavje 2. Fiziologija in temeljna patofiziologija:

1. centralno živčevje;
2. periferno živčevje;
3. avtonomno živčevje;
4. mišica;
5. živčno-mišični stik;
6. nevrofiziologija drže in gibanja;
7. mehanizmi bolečine; vzajemno delovanje bolečine in gibanja.

Poglavje 3. Klinično in funkcijsko ocenjevanje v fizikalni in rehabilitacijski medicini

1. Klinično in funkcijsko ocenjevanje sklepov in mišic; motorična in senzorična funkcija.
2. Ocenjevanje zavedanja, govora in jezika, spomina, obnašanja, itd.
3. Laboratorijski testi in slikovne tehnike. Racionalna uporaba modernih slikovnih preiskav v fizikalni in rehabilitacijski medicini.
4. Kvantitativna ocena mehaničnih ali kinetičnih pojavov, kot tudi gibanja ali kinematičnih pojavov s pomočjo računalniškega snemanja (različne moderne oblike snemanja premikov telesnih segmentov).
5. Elektrodiagnostika: elektromiografija, študije prevodnosti živcev in evocirani potenciali.
6. Testi pljučnih funkcij.
7. Funkcijski testi srčno-žilnega sistema, oksigenacija, obremenitveni testi, fiziološka poraba energije.
8. Biokemični in patološki testi, ki se trenutno uporabljajo v fizikalni in rehabilitacijski medicini.
9. Funkcijsko ocenjevanje: raba in uporaba MKF. Različne tehnice, inštrumenti, testi in kazalci, ki so uporabljeni v stanjih, pomembnih za fizikalno in rehabilitacijsko medicino.
10. Analiza drže in gibanja (vključno s posturografijo in hojo).

Poglavje 4. Zdravljenje v fizikalni in rehabilitacijski medicini

1. Fizioterapija:

- a) Poznavanje osnovnih tehnik pasivne in aktivne fizioterapije. Različne tehnike ročne in aparturne masaže. Tehnike funkcijske rehabilitacije sklepnih težav (ročne in aparturne). Mišični trening, stimulacija mišične aktivnosti, funkcijska vadba. Tehnike krepitve mišic, vzdržljivostni trening, vadba za ponovno vzpostavitev zmožnosti.
- b) Specifične fizioterapevtske metode pri različnih zdravstvenih stanjih:
 - tehnike kot sta Cyriax, Mennell itd.;
 - tehnike živčno-mišične facilitacije in inhibicije, npr. Kabat, Bobath, Brunström, Vojta, itd.;
 - zdravljenje limfedema.
- c) Indikacije, predpisovanje in kontrola fizioterapije: splošno znanje tehnik in izbira tehnik glede na rezultate kliničnega in funkcijskega ocenjevanja, tip patologije in individualne značilnosti vsakega bolnika.

2. Metode fizikalne terapije: uporaba tehnik fizikalne terapije, osnovno znanje, učinki zdravljenja, indikacije in kontraindikacije:

- a) elektroterapija: galvanični tokovi; nizko, srednje in visoko frekvenčno zdravljenje;
- b) mehanična vibracija;
- c) biofeedback;
- d) termoterapija: zdravljenje z hladom in toploto;
- e) balneoterapija.

3. Delovna terapija:

- osnovna ergonomika;
- načela in metode delovne terapije;
- materiali, oprema, tehnologija in ocenjevanje v delovni terapiji;
- uporaba delovne terapije: pri vadbi sklepov/mišic, vztrajnostnem treningu, v funkcijski rehabilitaciji in ponovnem vključevanju v skupnost (socio-družinska, gospodinjstva, poklicna in zaposlitvena vadba);
- poklicno ocenjevanje, vodstvo in usposabljanje.

4.* Oprema in tehnični pripomočki:

- a) uporabljeni materiali;
- b) obveze;
- c) ortoze (hrbtenica, udi).
- d) proteze; kirurške indikacije za amputacijo; oprema in rehabilitacija amputirancev;
- e) stomaterapija;
- f) tehnični pripomočki in sredstva: pripomočki, orodja, oprema za opravljanje dnevnih aktivnosti, sredstva za transport in komunikacijo, nadzor okolja, gospodinjstva oprema; ni pomembno ali so preprosti ali zapleteni, pač pa, da so v pomoč osebam z zmanjšano zmožnostjo ali invalidnostjo pri pridobivanju večje neodvisnosti in izboljšanju njihove kakovosti življenja;
- g) svetovanje pri izbiri invalidskega vozička in njegovem upravljanju.

* Specialisti FRM morajo imeti splošna znanje o materialih, uporabljenih za izdelavo ortoz in protez in o njihovih mehaničnih lastnostih. Za pogosteje uporabljene materiale se poleg tega pričakuje še dodatno znanje o postopku izdelave, posebnih dodatkih, rezervnih delih in uporabi v klinični praksi; kandidat mora imeti natančno znanje o predpisovanju in prilagoditvi, znati mora preveriti njihovo uporabo in oceniti njihove terapevtske učinke.

5. Manualna terapija:
Patofiziologija manualne medicine; anatomsko znanje; klinični pregled hrbtenice in udov; disfunkcija intervertebralnih segmentov; principi manualnih tehnik; indikacije in kontraindikacije; možna tveganja pri manipulaciji; klinični pregled in ocena.
6. Ponovno izobraževanje pri govornih in jezikovnih motnjah, načela, oprema in tehnologija v uporabi pri govorni in jezikovni terapiji; govorni razvoj v otroštvu; ocenjevanje v govorni terapiji in njegova uporaba v rehabilitacijski obravnavi težav pri artikulaciji, jeziku (izražanje, razumevanje, branje in pisanje).
Ocena in zdravljenje motenj požiranja.
7. Ponovno vključevanje oseb z zmanjšano zmožnostjo ali invalidnostjo v družbo; načela in metode klinične psihologije in socialne pomoči (socialno delo); kognitivna ocena (intelekt, spomin, koncentracija, obnašanje) in učni potencial; uporaba učnega potenciala v kognitivnih, psiholoških in socialnih sposobnostih: spomin in koncentracija, bolnikovo razumevanje in sprejemanje težav, motivacija za rehabilitacijo, razpoloženje, težave v medosebnih odnosih; poklicno usposabljanje in metode za zagotovitev finančne varnosti; pomen za okolje.
8. Nevropsihološka rehabilitacija: ocenjevanje in obravnava.
9. Farmakologija: farmakokinetika zdravil, ki se uporabljajo v rehabilitacijski medicini; možne interakcije z rehabilitacijskim programom in s terapevtsko vadbo.
10. Infiltracijske in injekcijske tehnike; akupunktura.
11. Zdravljenje z zunaj-telesnimi udarnimi valovi pri tendinitisu.
12. Multidisciplinarna obravnava bolečine.

B. UPORABA V ZDRAVSTVENIH STANJIH

Naslednja poglavja ne navajajo vseh različnih opisov bolezni, ki so del obveznega znanja specialistov FRM. Zadošča, če poudarimo, da morajo specialisti FRM za vsako skupino poznati klinične znake in simptome, diagnostična orodja, pravilne vrste ocenjevanja in najboljšega ter priznanega načina zdravljenja. Posebej pomembno je poznavanje terapevtskih učinkov rehabilitacije, njene indikacije in kontraindikacije.

Poglavje 5. Nepomični bolnik

1. Fiziopatologija nepomičnosti, posledice za:
 - a) srčno-žilni sistem;
 - b) dihalni sistem;
 - c) prehrambeni sistem;
 - d) presnovni sistem (osteoporoza);
 - e) ledvice in sečila;
 - f) kožo (preležanine);
 - g) mišični sistem;
 - h) mišično-skeletni sistem;
 - i) nevropsihološki sistem.
2. Preprečevanje in zdravljenje zgoraj omenjenih motenj.

Poglavje 6. Patologija lokomotoričnega sistema pri odraslih v fizikalni in rehabilitacijski medicini

1. Nepoškodbeno stanja:
 - a) vnetna bolezen sklepov, revmatična polimialgija, bolezen vezivnega tkiva;
 - b) artropatija, povzročena s kristali, protin, hondrokalcinoza;
 - c) osteomalacija, osteoporoza;
 - d) Pagetova bolezen;
 - e) primarni in sekundarni maligni tumorji kosti;
 - f) izvensklepni revmatizem;
 - g) živčno-mišične bolezni;
 - h) osteoartritis;
 - i) patologija hrbtenice;
 - j) artroplastika;
 - k) okvare rok in stopal;
 - l) osnovno znanje o kirurgiji sklepa: artroskopija, artrotomija, artrodeza;
 - m) sindrom kronične utrujenosti in fibromialgija;
 - n) miofascialni bolečinski sindrom.

2. Poškodbeno stanja pri odraslih:
 - a) fiziologija in patofiziologija celjenja tkiva v lokomotornem sistemu;
 - b) nategi in izvini;
 - c) izpahi, travmatski in ponavljajoči se izpahi;
 - d) zlomi: hrbtenični (brez nevroloških zapletov), udov; načela specifičnega zdravljenja, čas zdravljenja vključno z opretnim posegom (osteotomija);
 - e) specifične okvare rok in stopal.

3. Opeklina:
 - a) klasifikacija;
 - b) zdravljenje;
 - c) preprečevanje in rehabilitacija pri zapletih;

Poglavje 7. Fizikalna in rehabilitacijska medicina v športu

Fizikalna in rehabilitacijska medicina v povezavi s športnimi aktivnostmi.
Šport za osebe z zmanjšano zmožnostjo ali invalidnostjo.

Poglavje 8. Fizikalna in rehabilitacijska medicina. Patologija živčevja.

1. Centralno živčevje:
 - a) žilne, poškodbene, vnetne, infekcijske in degenerativne bolezni ter tumorji v možganih in hrbtenjači.
 - b) okvare hrbtenjače: poškodbe, tumorji, drugo; ocenjevanje in obravnava okvar hrbtenjače;
 - c) spinocerebelarne degenerativne bolezni: Friedreichova bolezen, Strumpell Lorain itd.;
 - d) nevropsihološka motnja.

2. Periferno živčevje.
3. Posebne okvare čutil.

Poglavje 9. Fizikalna in rehabilitacijska medicina pri patologiji dihal

1. Osnovno vrednotenje akutnih in kroničnih obstruktivnih in restriktivnih sindromov; etiološka in terapevtska načela.
2. Načela rehabilitacije: funkcijsko ocenjevanje s testi pljučne funkcije:
 - a) aktivne in pasivne tehnike bronhialne in položajne drenaže, ročno udarjanje in aparaturne tehnike;
 - b) izobraževanje bolnikov in vadba;
 - c) umetna ventilacija, asistirano dihanje, asistirano dihanje doma; oskrba traheostome;
 - d) oprema za asistirano dihanje;
 - e) nadzor in spremljanje zdravljenja.
3. Njihova uporaba.

Poglavje 10. Fizikalna in rehabilitacijska medicina pri patologiji srčno-žilnega sistema

Bolezni srca:

- 1) srčna rehabilitacija pri valvulopatijah;
- 2) srčna rehabilitacija po miokardnem infarktu;
- 3) kardiomiopatije;
- 4) srčna kirurgija.

Žilne bolezni:

- arterijski sistem:
 - 1) arterijska obstruktivna bolezen nog: preiskave, mesto in tehnologija rehabilitacije v različnih stadijih bolezni;
 - 2) rehabilitacija oseb po amputaciji, nega krna, protetika.
- venski sistem:
 - 1) preprečevanje in zdravljenje globoke tromboze;
 - 2) venski problemi, razjede, varikozne razjede.
- limfatični sistem.

Poglavje 11. Fizikalna in rehabilitacijska medicina pri otrocih

- 1) ocenjevanje otrokovega razvoja: psihomotorični razvoj, gibanje, senzorični in kognitivni razvoj; testiranje in ocenjevanje stopnje razvoja;
- 2) patofiziologija pri razvijajočem se lokomotornem sistemu; medsebojni vpliv rasti in anomalij mišično-skeletnih struktur in sklepov;
- 3) nevropedrija: cerebralna paraliza, spina bifida in mielomeningokela; infantilne spinalne amiotrofije; neuro-ortopedske posledice nevroloških motenj, preprečevanje,

zdravljenje in spremljanje;

- 4) kongenitalne okvare mišično-skeletnega sistema (hrbtenica, udi, skeletna ageneza, kongenitalne aplazije in displazije; displazija kolka, pes equinovarus, druge okvare stopala);
- 5) motnje rasti;
- 6) neskladnost spodnjih udov;
- 7) idiopatske, prirojene, sekundarne skolioze;
- 8) poškodbe pri otrocih: splošno ocenjevanje poškodb in rehabilitacija pri otrocih, predvsem pri zlomih in amputacijah.

Poglavje 12. Fizikalna in rehabilitacijska medicina pri uroloških in spolnih problemih

- 1) ocenjevanje fiziologije kontinence mehurja/nadzora sfinktrov in delovanje analnega sfinktra;
- 2) patološka stanja mehurja/sfinktrov: nevrolška in druga; urodinamika; ocenjevanje in zdravljenje;
- 3) ocenjevanje in zdravljenje patologije anorektalnega sfinktra in razdražljivega mehurja in črevesa;
- 4) spolne posledice nevrolške motnje vključno z nosečnostjo pri spinalni paralizi.

Poglavje 13. Fizikalna in rehabilitacijska medicina pri starostnikih

- 1) proces staranja v različnih sistemih:
 - a) centralno in periferno živčevje: staranje nevronov, vplivi na razpoloženje, mišljenje in pogojevalne mehanizme;
 - b) mišično-skeletni sistem;
 - c) srčno-žilni sistem in dihala;
- 2) poznavanje osnov zdravstvenih stanj starostnikov: epidemiologija, patologija, potek staranja in zdravljenje.
- 3) indikacije, kdaj naj geriatrični bolnik ostane doma ali pa ga je potrebno namestiti v dom.

Poglavje 14. Onkološka rehabilitacija

Poglavje 15. Ponovno vključevanje oseb z zmanjšano zmožnostjo ali invalidnostjo in starostnikov v domače okolje

- 1) splošno poznavanje zdravstvenih in zdravstveno-socialnih teles v različnih državah Evropske skupnosti:
 - a) sistemi zdravstvenega zavarovanja in socialne varnosti;
 - b) hospitalizacija - privatna in javna;
 - c) hospitalizacija na domu;
 - d) domača oskrba, zdravstveni delavci, pomočniki na domu itd.
 - e) pomoč in nadzor prek telefona in drugih telekomunikacijskih načinov;
- 2) poznavanje splošne organizacije rehabilitacije, mesta in vloge specialista fizikalne in rehabilitacijske medicine znotraj teh struktur.

Priloga VI

Pravila stalnega podiplomskega izobraževanja zdravnikov (CME) in stalnega poklicnega razvoja (CPD) specialistov FRM

Vsak specialist FRM s certifikatom Evropskega odbora naj bi letno zbral 50 kreditnih točk. To ni obvezno, vendar morajo specialisti zbrati skupno 250 kreditnih točk v obdobju petih let. Ponovno preverjanje znanja specialistov FRM s certifikatom Evropskega odbora se opravi 10 let po izdanem certifikatu in je zasnovano na kreditnih točkah CME. Te je moč pridobiti z:

1. *Udeležbo na znanstvenih srečanjih:*
 - 1 kreditna točka za prisotnost pri eni akademski uri (ne več kot 6 kreditnih točk dnevno) ali
 - 3 kreditne točke za poldnevni dogodek ali
 - 6 kreditnih točk za celodnevni dogodek.
2. *Predstavitev znanstvenega dela* (predavanje/predstavitev posterjev):
 - 5 kreditnih točk za vsako predavanje, ki ga ima posameznik med akreditiranim znanstvenim dogodkom,
 - 3 kreditne točke za vsak predstavljen poster med akreditiranim znanstvenim dogodkom.
3. *Objave v:*
 - a) revijah: 10 kreditnih točk za vsakega avtorja;
 - b) knjigah: 10 kreditnih točk za vsako poglavje.
4. *Akademске aktivnosti* (npr. doktorat - 50 kreditnih točk).
5. *Samoizobraževanje:*
 - a) osebna naročnina na FRM revije:
 - 5 kreditnih točk za revijo s faktorjem vpliva, največ 2 reviji;
 - 3 kreditne točke, če je naročen na revijo brez faktorja vpliva;
 - b) učne ure iz FRM na internetu - potrebno je predložiti dokaz:
 - 1 kreditna točka/učno uro ali drugače, če so kreditne točke že predvidene v elektronskem programu.

Delegati in člani vseh treh organizacij

Nacionalni delegati v Sekciji za FRM pri UEMS

Avstrija	Prof. V Fialka Moser Prof. M Quittan	Madžarska	Prof. T Bender Prof. L Kullman
Belgija	Prof. Th Lejeune Prof. G Vanderstraeten	Nemčija	Prof. C Gutenbrunner Prof. G Stucki
Ciper	Dr. N Christodoulou	Nizozemska	Prof. H Stam Dr. M Terburg
Češka republika	Dr. J Vacek Dr. J Votava	Norveška	Dr. H Snekkevik
Danska	Dr. L Krohn	Poljska	Prof. J Kiwerski
Finska	Dr. E Kyllönen Dr. T Pohjolainen	Portugalska	Dr. P Cantista Dr. F Parada- Pereira
Francija	Prof. A Delarque Dr. G de Korvin	Romunija	Prof. M Berteanu
Grčija	Prof. X Michail Dr. K Stathi	Slovaška	Dr. A Skm
	M Tzara	Slovenia	Dr. H Damjan Prof. Č Marincek
Irska	Dr. M Delargy Dr. A McNamara	Srbija in Črna gora	Prof. G Devecerski
Islandija	Dr. G Einarsson	Španija	Prof. LP Rodriguez Dr. Dr. S Muñoz
Italija	Prof. F Franchignoni Dr. A Giustini	Švedska	Prof. J Borg Prof. B Sjölund
Latvija	Dr. A Vetra Dr. A Vetra	Švica	Dr. R Frischknecht Dr. D Ubelhart
Litva	Dr. A Juocevicius	Turčija	Prof. F Dinçer Prof. Z Haşçelik
Luksemburg	Dr. G Grenod	Velika Britanija	Prof. DL McLellan Dr. AB Ward

Akademiki Evropske akademije za rehabilitacijsko medicino

Prof. M A Chamberlain (UK) (Predsednik)	Prof. J Gatcheva (BUL)
Prof. H Alaranta (FI)	Prof. C Gobelet (CH)
Prof. JM André (F)	Dr. A Heilporn (B)
Prof. M Barat (F)	Prof. G Lankhorst (NL)
Prof. A Bardot (F)	Prof. DL McLellan (UK)
Prof. M P Barnes (UK)	Dr. A McNamara (IRE)
Prof. C Bertolini (I)	Prof. R Maigne (F)
Prof. A Chantraine (CH)	Prof. C Marincek (SLO)
Prof. A Conradi (D)	Prof. G Megna (I)
Prof. A Delarque (F)	Prof. X Michail (GR)
Prof. H Delbrück (D)	Dr. F Oelze (D)
Prof. JP Didier (F)	Prof. LP Rodriguez Rodriguez (E)
Prof. J Ekholm (S)	Prof. B Sjölund (S)
Mr W El Masry (UK)	Prof. H Stam (NL)
Prof. M Eyssette (F)	Prof. G Stucki (D)
Prof. V Fialka Moser (A)	Prof. A Tonazzi (I)
Prof. F Franchignoni (I)	Prof. G Vanderstraeten (B)
Prof. J Garcia-Alsina (E)	Dr. AB Ward (UK)
	Dr. G Zäck (CH)

Za Evropsko združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino

Prof. H Stam (NL) (Predsednik)
Dr. A Giustini (I) (Podpredsednik)
Prof. X Michail (GR) (Podpredsednik)

Prof. G Vanderstraeten (B) (Podpredsednik)
Dr. A B Ward (UK) (Podpredsednik)
Prof. Z Hasçelik (T) (Sekretar)