**Лекція 4. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ (4 години)**

Система реабілітації хворих – це процес впливу на них та їх соціальне оточення, усі структурні компоненти якого соціально підпорядковані розв’язанню проблеми попередження інвалідності хворих з тимчасовою втратою працездатності та повернення інвалідів до суспільно корисної праці.

Система реабілітації складається з:

– органів, які організовують, координують діяльність окремих установ, що здійснюють реабілітацію та управляють нею;

– установ (служб) реабілітації різних організаційних форм і типів, що реалізують реабілітаційні програми;

– реабілітаційних програм;

– об’єкта реабілітації: хворий (з тимчасовою втратою працездатності чи інвалід), який входить до системи, як той, що підлягає реабілітації, та виходить з неї, як реабілітований.

3.1. Управління системою реабілітації

Загалом до виконання програми «Здоров’я людини на 2002-2011 роки» залучено понад 160 органів, організацій та установ.

Керівна роль в організації і проведенні медичної та соціальної реабілітації в Україні належить Міністерству охорони здоров’я і Міністерству праці та соціальної політики.

На державному рівні функціонують центри та відділення реабілітації при науково-дослідних інститутах України. Вони є науково-методичними центрами та науково-практичними установами. Органом, який об’єднує співпрацю усіх реабілітаційних установ в області, є Реабілітаційна Рада при обласному Управлінні охорони здоров’я облдержадміністрації. Вона виконує організаційну, методичну та контролюючу функції.

Фахівці, причетні до медико-соціальної реабілітації: лікарі-терапевти, травматологи, невропатологи, нейрохірурги чи інші спеціалісти (залежно від характеру захворювань осіб, які підлягають реабілітації); медичні сестри, фізіотерапевти, спеціалісти з лікувальної фізкультури та спорту, психотерапевти, спеціалісти з працетерапії, експерти з праці. Крім цього, в процесі реабілітації хворих беруть участь педагоги, психологи, соціологи, юристи, представники органів соціального забезпечення, підприємств, профспілкових організацій. Їх діяльність спрямована на адаптацію людини до того стану, у якому вона опинилася, розв’язання питань професійної працездатності, працевлаштування, умов праці та побуту, надання інвалідам технічних засобів, вступу до товариств та об’єднань, у тому числі і спортивних.

**Установи, що реалізують реабілітаційні програми, їх види, структура, завдання.** **Періоди та етапи реабілітації**

Установи, що реалізують реабілітаційні програми

Принципова схема сучасної системи медичної реабілітації виглядає так:

лікарня → поліклініка (або реабілітаційний центр, санаторій) → диспансер.

Основними виконавцями реабілітаційних програм, насамперед, є:

– реабілітаційно-лікувальні (лікувально-профілактичні);

– реабілітаційно-оздоровчі;

– реабілітаційно-протезні установи ( заводи, майстерні, кооперативні підприємства протезно-ортопедичних виробів).

Тип та вид реабілітаційної установи повинен визначатися при її акредитації та ліцензуванні, що є часткою державної програми, яка надає повноваження установам охорони здоров’я на виконання певних видів медичної діяльності, реабілітаційних послуг. При цьому установа повинна мати оснащення відповідно до стандартних організаційно-технологічних, медико-технологічних вимог, відповідати санітарним нормам, мати позитивні показники діяльності за моделями кінцевих результатів, бути укомплектованою кваліфікованими кадрами.

Кваліфікаційна характеристика персоналу повинна підтверджуватися сертифікатом-документом, який дає право на виконання певних послуг, операцій, процедур.

Вид установ, що реалізують програми реабілітації хворих, залежить від характеру захворювання, періоду та етапу реабілітації хворих.

Періоди та етапи реабілітації

У медичній реабілітації, згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ, розрізняють два періоди: лікарняний та післялікарняний. Всі інші види реабілітації підпорядковані періодам медичної реабілітації. В цих періодах виділяють такі етапи:

лікарняний період включає:

– I етап реабілітації – лікарняний (стаціонарний, госпітальний);

післялікарняний період включає:

– ІІ етап – поліклінічний або реабілітаційний, санаторний період;

– ІІІ етап – диспансерний.

Лікарняний період реабілітації

Лікарняний (стаціонарний) період реабілітації здійснюють

реабілітаційно-лікувальні (лікувально-профілактичні) заклади.

І етап реабілітації – лікарняний (стаціонарний) розпочинається у лікарні, де після встановлення діагнозу лікар складає хворому програму реабілітації.

Завдання:

– ліквідація чи зменшення активності патологічного процесу, прискорення відновних процесів;

– попередження ускладнень та загострення супутніх захворювань;

– розвиток постійних або тимчасових компенсацій;

– відновлення функцій органів та систем, уражених хворобою;

– поступове збільшення фізичної активності хворого та адаптація організму до зростаючих навантажень побутового характеру.

Види реабілітаційно-лікувальних установ.

За видом надання лікувальної допомоги виділяють такі реабілітаційно-лікувальні установи:

– поліпрофільні (загального типу);

– спеціалізовані (кардіологічні, неврологічні, ортопедичні та ін.).

Поліпрофільні установи повинні мати достатню матеріально-технічну базу, можливості для її розширення та кращий територіальний і транспортний доступ.

Найбільш ефективно реабілітація може проводитись у спеціалізованих лікарнях та реабілітаційних центрах.

За адміністративно-територіальним рівнем виділяють: районні, міжрайонні, міські, обласні, відомчі реабілітаційно-лікувальні установи.

На рівні області відновне лікування здійснюють реабілітаційні лікарні. В лікарні реабілітації збільшена (порівняно з лікарнями загального профілю) кількість медичних сестер з масажу, працетерапії, методистів з лікувальної фізкультури тощо.

В обласних центрах та містах обласного підпорядкування при лікувально-профілактичних установах та стаціонарах діють профільні відділення (центри) реабілітації, які працюють у тісному контакті із спеціалізованими відділеннями за своїм профілем. Залежно від того, при якому закладі організовані (це можуть бути стаціонарні, поліклінічні, санаторні реабілітаційні центри), вони оснащені спеціальним обладнанням. У штаті повинні бути кваліфіковані лікарі відповідних спеціальностей, медичні сестри, інструктори (методисти) з лікувальної фізкультури, масажу та працетерапії, фізіотерапевти, які пройшли спеціальну підготовку з основ реабілітації та особливостей реабілітації хворих різних профілів захворювань. Крім того, в центрах працюють психологи, логопеди, педагоги, соціологи, протезисти, юристи. У такі центри хворих переводять з лікарні для завершення лікування і досягнення реабілітації в межах існуючого захворювання.

Структура центрів (відділень) реабілітації:

– діагностичне відділення: клініко-діагностична лабораторія, кабінет функціональної діагностики, рентгенологічний кабінет тощо;

– фізіотерапевтичне відділення: світлолікування, електролікування, водолікування, грязелікування, інгаляційне лікування, масаж;

– відділення лікувальної фізкультури: спеціалізовані зали, кабінети механотерапії, басейн, спортивні майданчики на відкритому повітрі;

– відділення соціально-трудової реабілітації: кімнати побутової реабілітації, трудові майстерні;

– відділення соціально-психологічної реабілітації включає кабінети психотерапевта, соціолога, юриста, логопеда.

Стаціонарозамінювальна медична допомога. В умовах впровадження економічного методу управління в охороні здоров’я створені нові організаційні форми стаціонарозамінювальної медичної допомоги: денні стаціонари в поліклініках, лікарняні стаціонари (відділення, палати) денного перебування, домашні стаціонари.

Робота денних стаціонарів в поліклініках та стаціонарах денного перебування спрямована на своєчасне лікування та оздоровлення хворих, поліпшення якості медичної допомоги, забезпечення її доступності, підвищення економічної ефективності, скорочення термінів тимчасової непрацездатності, проведення окремих діагностичних обстежень тощо. Все це сприяє раціональному використанню ліжкового фонду та підвищенню ефективності реабілітаційних заходів.

Домашній стаціонар організовується для хворих із гострими та хронічними захворюваннями, які за станом здоров’я не потребують госпіталізації або якщо вона неможлива. Така форма медичної допомоги вимагає забезпечення хворого кваліфікованим лікарським та сестринським доглядом, необхідними дослідженнями, належними методами та методиками лікування; соціальної підтримки, корекції харчування тощо.

На великих промислових підприємствах відновне лікування проводять в медико-санітарних частинах, які можуть бути стаціонарними чи амбулаторними відділеннями промислової реабілітації при медико-санітарних частинах великих підприємств. Вони організовані з метою збереження професії хворих чи інвалідів, оволодіння новою професією при втраті попередньої. З цією метою використовується спеціальне промислове обладнання та інструменти, пристосування до верстатів та інструментів, спеціальне обладнання робочого місця.

Засоби реабілітації, що використовуються на лікарняному (стаціонарному) періоді реабілітації.

Стаціонарний період передбачає застосування переважно медикаментозних або хірургічних методів лікування. Одночасно з ними використовують охоронний режим, відповідний режим рухової активності, психотерапію та психопрофілактику, дієтотерапію, лікувальну фізкультуру, масаж, працетерапію, фізіотерапевтичні засоби. В кінці періоду оцінюють стан хворого, його резервні можливості і розробляють подальшу програму реабілітації.

Загальні протипоказання до направлення хворих на реабілітаційне стаціонарне лікування. До них насамперед належать:

– всі хвороби у період загострення;

– всі хронічні захворювання, що потребують спеціального лікування;

– перенесені інфекційні хвороби дітей до закінчення терміну ізоляції;

– бацилоносійство;

– всі заразні захворювання очей, шкіри, злоякісні анемії, новоутворення, кахексія, амілоїдоз внутрішніх органів, активні форми туберкульозу легень та інших органів;

– хворі із захворюваннями серцево-судинної системи при недостатності кровообігу вище I ст.;

– хворі на епілепсію, з психоневрозом, психопатією, розумовою відсталістю, що потребують індивідуального догляду і лікування;

– наявність супутніх захворювань, протипоказаних до реабілітаційного лікування.

Реабілітаційні комісії лікувально-профілактичних установ

У лікувально-профілактичних (реабілітаційно-лікувальних) установах повинні бути створені реабілітаційні комісії (ради).

Основними функціональними обов’язками реабілітаційної комісії є відбір хворих, які потребують реабілітації, уточнення діагнозу, розробка плану реабілітаційних заходів та забезпечення їх реалізації, вирішення питань працездатності.

Післялікарняний період реабілітації

Після закінчення реабілітації в лікувально-профілактичних установах хворий чи інвалід переводиться на реабілітацію в реабілітаційно-оздоровчі установи (поліклініку, реабілітаційний центр чи санаторій).

Післялікарняний період включає ІІ етап – поліклінічний або реабілітаційний, санаторний період і ІІІ етап – диспансерний.

ІІ етап реабілітації

ІІ етап реабілітації – поліклінічний або реабілітаційний, санаторний. Призначається після виписування хворого з стаціонару. Проводиться в реабілітаційно-оздоровчих установах ( поліклініці, реабілітаційному центрі чи санаторії).

Завдання:

– зменшення чи ліквідація наслідків захворювання;

– попередження ускладнень основного захворювання та загострення супутніх захворювань;

– виявлення і розвиток резервних та компенсаторних можливостей організму,

– підвищення функціональної здатності організму до рівня, необхідного для повсякденної побутової та трудової діяльності;

– підготовка хворого до трудової діяльності (працетерапія, оволодіння інвалідами пристроями для самообслуговування і засобами пересування).

Засоби реабілітації. На цьому етапі роль медикаментозної терапії зменшується, зростає роль фізичній реабілітації, яка поєднується з дієтичним харчуванням, психо-та працетерапією. З хворим, крім медичних працівників, працюють педагоги, соціологи та юристи, які у разі зниження або втрати працездатності сприяють адаптації людини до свого стану, розв’язання питань професійної працездатності, працевлаштування, побуту.

Наприкінці етапу хворого детально обстежують з метою вивчення функціональних можливостей, терміну відновлення трудової діяльності, її обсягів. Залежно від отриманих результатів пацієнту можуть рекомендувати:

– у разі відновлення функціональної та професійної здатності – повернення на попереднє місце роботи;

– у разі зниження функціональних можливостей – робота з меншим фізичним та психологічним навантаженням;

– при значних залишкових функціональних порушеннях та анатомічних дефектах – перекваліфікацію чи роботу вдома;

– при глибоких, тяжких і незворотних змінах – подальше розширення зони самообслуговування та побутових навичок.

Санаторне лікування базується на використанні природних цілющих фізичних факторів курортів. Вони забезпечують високу ефективність відновної терапії, реабілітації, профілактики, дають можливість зменшити кількість медикаментозних засобів у лікуванні хворих.

Курорт – місцевість з наявністю лікувальних природних факторів

(мінеральні джерела, лікувальні грязі, сприятливі кліматичні умови), а також бальнеологічними, гідротехнічними та лікувально-профілактичними закладами.

Залежно від переваги того чи іншого цілющого природного фізичного фактора виділяють курорти: кліматичні, бальнеологічні, грязьові, змішані. Використовують клімат пустель, степу, лісостепу, гірський, приморський, клімат сольових шахт.

Для використання лікувальних факторів на курорті створюють спеціальні лікувальні заклади – санаторії, будинки відпочинку, курортні поліклініки.

Санаторій – спеціалізований стаціонарний заклад у системі санаторно-курортного лікування, в якому використовуються лікувальні комплекси кліматотерапії, бальнеотерапії, грязелікування. Санаторії забезпечують комфортне розміщення хворих для проведення лікування: лікувальні корпуси, пляжі, солярії, бювети мінеральних вод, інгаляторії, сауни, кабінети фізіотерапії, водо,- грязелікування, спортивні споруди, кабінети лікувальної фізкультури, масажу, рефлексотерапії, психотерапії. Все це разом з відповідно обладнаними приміщеннями для проживання, відпочинку, дієтичним харчуванням, музико-, арома-, вокало-, танцетерапією, маршрутами для теренкуру, екскурсіями, туризмом, прекрасною природою, висококваліфікованим, уважним обслуговуючим персоналом, санітарно-просвітньою роботою створює всі умови для мінімального використання медикаментозного лікування і позитивних результатів реабілітації.

Профілі санаторіїв. Санаторії бувають багатопрофільні, але найчастіше – спеціалізовані. Останні розраховані на лікування хворих із захворюваннями: серцево-судинної системи, органів травлення, дихання (не туберкульозного походження), жіночих статевих органів, шкіри, нирок і сечовивідних шляхів, опорно-рухового апарату, із порушеннями обміну речовин. Є також санаторії для дітей, підлітків, для лікування туберкульозу, внутрішніх органів, спастичних паралічів тощо.

Згідно з існуючим положенням, медичний відбір хворих на санаторно-курортне лікування проводить лікар, який веде хворого, і завідувач відділення чи головний лікар лікарні, поліклініки, диспансеру, медсанчастини.

Установлено обов’язковий перелік досліджень і консультацій, необхідних для рекомендації на санаторно-курортне лікування: клінічний аналіз крові, сечі, рентгеноскопія грудної клітки, висновок гінеколога при направленні на курорт жінок. Для уточнення показань проводять додаткові дослідження: електрокардіографічне – при захворюваннях серця або у осіб віком старше 30 років, висновок психіатра при наявності в анамнезі нервово-психічних розладів тощо. Після обстеження визначають показання для санаторно-курортного лікування та види курортів, які показані хворому.

Показання для направлення на курортне лікування. На курорти (з врахуванням їх спеціалізації) направляють хворих з різними хронічними захворюваннями в стадії стійкої ремісії без виражених порушень функції відповідних органів (наприклад, без значної коронарної, дихальної, легенево-серцевої недостатності тощо), без явної активності запального процесу (Л.М. Клячкін, М.М. Виноградова, 1995).

Протипоказання до санаторно-курортного лікування:

– гострий період захворювання;

– хвороби внутрішніх органів за наявності вираженої органної та системної недостатності;

– інфекційні захворювання, в тому числі венеричні;

– психічні розлади, алкоголізм, наркоманія;

– друга половина вагітності, весь період патологічної вагітності, стан після абортів (до першої менструації), період лактації;

– схильність до кровотеч;

– онкологічні захворювання;

– гостро прогресуючі форми туберкульозу легень та хронічний туберкульоз у період дисемінації та зі схильністю до кровотеч;

– відсутність у хворого здатності до самообслуговування.

В окремих випадках після радикального лікування злоякісних новоутворень, при задовільному загальному стані, пацієнта можна направити в місцеві санаторії для загальнозміцнювального лікування.

Після санаторного лікування пацієнту видають на руки санаторно-курортну книжку, де вказують, яке лікування проводили у санаторії і з якими результатами виписали.

ІІІ етап реабілітації

ІІІ етап – диспансерний. Найчастіше проводиться в поліклініках чи спеціалізованих диспансерах (наприклад, лікарсько-фізкультурний). У диспансері, звичайно, під контролем перебувають дві групи людей: перша – здорові та особи з факторами ризику, друга – хворі.

Вибір осіб для диспансерного спостереження проводять як за медичними, так і за соціальними показаннями. До групи дорослого населення, що підлягає диспансерному спостереженню за медичними показаннями, належать особи, які мають фактори ризику виникнення захворювань, часто та тривало хворіють і хворі з окремими хронічними захворюваннями.

За соціальними показаннями диспансерному спостереженню підлягають особи, які працюють в шкідливих і небезпечних умовах праці, працівники харчових, комунальних і дитячих закладів, вчителі загальноосвітніх шкіл, особи з факторами ризику соціального характеру.

Завдання. Диспансерний метод обслуговування хворих полягає у:

 встановленні точного детального діагнозу;

 поділі осіб на диспансерні групи, направленні на стаціонарне, напівстаціонарне лікування;

 нагляд за реабілітованим, лікування залишкових явищ перенесених захворювань чи подальший розвиток компенсації;

 поліпшення та відновлення фізичного стану і фізичної працездатності;

 обґрунтування рекомендації щодо адекватності виконуваної роботи;

 контроль робочого місця з метою з’ясування негативних факторів, які можуть вплинути на стан здоров’я чи спричинити травматизм;

 у разі необхідності – сприяння зміні умов праці, способу життя, перекваліфікації, адаптації до умов життя;

 вирішення особистих та соціальних проблем, які можуть бути причиною рецидивів захворювання чи сповільнювати відновні процеси і сприяти поверненню хворого в суспільство;

 роз’яснювальна робота з хворим, контроль активності хворого у процесі лікування, виконання ним всіх рекомендацій;

 сприяння у наданні інвалідам технічних засобів, вступі до товариств та об’єднань (у тому числі і спортивних), залучення людей молодого віку до занять адекватними видами спорту.

Кінцевою метою диспансеризації являється повна чи, при наявності обтяжуючих факторів, часткова реабілітація – клінічна, трудова, соціальна. І хоча диспансеризація включає використання, за показаннями, стаціонарного і санаторного етапів лікування, найбільш тривалим, а значить і найбільш відповідальним, є амбулаторний, під час якого вирішуються питання реабілітації і працевлаштування хворих, визначається стійкість затихання процесу, проводиться протирецидивне лікування.

Засоби. Для вирішення цих завдань використовуються всі існуючі види і засоби реабілітації. Залучаються психологи, педагоги, соціологи, юристи, профспілкові організації, трудові колективи. Постійно працюють реабілітологи, які контролюють перебіг відновних процесів, переглядають, коректують програму реабілітації.

Реабілітація в домашніх умовах. Особливою формою реабілітаційної допомоги хворим, стан здоров’я яких не дозволяє відвідувати реабілітаційні відділення поліклінік, є домашній етап реабілітації. Для таких хворих створюється програма відновного лікування на дому. Її завдання-мінімум – відновлення здатності до самообслуговування, завдання-максимум – досягнення хворим можливості відвідувати реабілітаційне відділення лікувально-реабілітаційного закладу.

При потребі на дому з хворим займається методист ЛФК, масажист. Для родичів таких хворих організовується спеціальна підготовка при реабілітаційних відділеннях лікувально-профілактичних закладів за місцем проживання, де під керівництвом лікарів, масажистів, методистів з лікувальної фізкультури, спеціалістів з працетерапії, дієтотерапії тощо вони вчаться навичкам догляду за хворим і елементам відновного лікування на дому. Відвідування на дому таких хворих лікарем реабілітаційного відділення проводиться не рідше 1 разу на місяць, медичної сестри чи інструктора (методиста) з ЛФК та спеціаліста з масажу – за призначенням лікаря.