

Marek Krasuski, Leszek Krzyżosiak
z Centrum Kompleksowej Rehabilitacji, Konstancin

Aktualne koncepcje i problemy w świetle niedocenianej roli rehabilitacji w procesie terapeutycznym.

Rehabilitacja jest nieodzowną składową rozwoju medycznego i socjalnego każdego nowoczesnego kraju. Rehabilitacja oznacza zespół działań, którego celem jest przywrócenie lub kształtowanie u człowieka z niepełnosprawnością utraconych optymalnych funkcji biologicznych, rodzinnych i społecznych.

Tak rozumiana definicja rehabilitacji odnosi się do osób, które urodziły się zdrowe i pełnosprawne i utraciły swoją sprawność i optymalne funkcjonowanie w wyniku urazu, choroby, starzenia się ustroju czy zdarzenia prowadzącego do niepełnosprawności. W stosunku do dzieci urodzonych z niepełnosprawnością lub dzieci, które w okresie noworodkowym bądź niemowlęcym stały się niepełnosprawne chętniej używamy zamiast pojęcia „rehabilitacja” określenia „proces usprawniania”. Celem procesu usprawniania dzieci z niepełnosprawnością jest maksymalne ograniczenie zaburzeń strukturalnych i funkcjonalnych w rozwijającym się ustroju, tworzenie optymalnych możliwości dla aktywności ruchowej i psychicznej oraz stworzenie warunków dla aktywnego uczestnictwa w życiu rodzinnym, środowisku, zwłaszcza szkolnym, a także aktywizacji społecznej i zawodowej. Proces usprawniania musi obejmować też działania w zakresie edukacji i integracji środowiskowej. Proces edukacyjny obejmuje też środowiska ludzi pełnosprawnych, by rozumiały potrzeby osób z niepełnosprawnością, akceptowały wzajemnie się te środowiska i potrafiły sobie pomóc.

Rehabilitacja powinna umożliwić szybki powrót osoby z niepełnosprawnością do rodziny i całego społeczeństwa. Osiągnięcie tego celu możliwe jest poprzez realizację zadań rehabilitacji leczniczej, zawodowej, pedagogicznej i społecznej. Motorem rehabilitacji społecznej, pedagogicznej i zawodowej staje się wieloaspektowa, wczesna, kompleksowa rehabilitacja medyczna (lecznicza).

Pod pojęciem rehabilitacji medycznej rozumie się proces leczenia, który umożliwia przyspieszenie procesu naturalnej regeneracji i zmniejszenie fizycznych i psychicznych następstw choroby. Stały rozwój nowoczesnych technik diagnostycznych, leczniczych, stała kontrola procesu leczniczego, regeneracyjnego

pozwała na ograniczenie skutków trwania choroby. Rehabilitacja medyczna musi stymulować cały proces leczniczy głównie poprzez aktywność ruchową i psychiczną. Podstawą rehabilitacji, a zwłaszcza w przypadku trwałych uszkodzeń morfologicznych lub utraty funkcji organizmu, jest właściwa i ukierunkowana kompensacja i adaptacja.

Odpowiednio sterowane lub wykorzystane kompensacja i adaptacja umożliwiają uzyskanie optymalnego wyniku końcowego leczenia. Za najważniejsze w procesie adaptacyjnym uważa się uzyskanie samodzielności życiowej, tej szeroko rozumianej, a więc zarówno w czynnościach codziennych, jak i w czynnościach zawodowych, społecznych i rodzinnych. Adaptacji, czyli przystosowaniu podlega sfera duchowa (umysłowa) i organiczna człowieka.

Proces rehabilitacji jest złożony i zaczyna się od weryfikacji rozpoznań chorobowych, oceny wydolności i potrzeb chorego, a także oceny jego dysfunkcji. Ocenie podlegają zaburzenia strukturalne, czynnościowe, sfera duchowa, a także funkcjonowanie i uczestnictwo chorego w życiu rodzinnym, społecznym i zawodowym.

Z punktu widzenia procesu rehabilitacji ważne jest pełne rozpoznanie chorobowe i oznacza ono uwzględnienie w podanym rozpoznaniu klinicznym chorób współtowarzyszących rozpoznaniu podstawowemu. Choroby współtowarzyszące mogą nasilać objawy choroby podstawowej, lub czynić objawy podstawowe mniej charakterystycznymi. Obecność chorób współtowarzyszących może wpłynąć na błędne rozpoznanie choroby zasadniczej. Niepełne rozpoznanie chorobowe może istotnie wpływać na dalsze losy chorego, zwłaszcza jeśli nierozpoznane choroby z punktu widzenia życiowego są istotniejsze niż choroba w danym momencie rozpoznana i leczona. Nieuwzględnienie chorób współtowarzyszących może istotnie wpłynąć negatywnie na ogólny stan chorego, pogorszyć jego wydolność ogólną, zaostrzyć objawy nierozpoznanych chorób współtowarzyszących, a w skrajnych przypadkach zagrozić nawet jego życiu. Pełne właściwe rozpoznanie chorób pozwala na budowanie właściwego programu usprawniającego.

W tak złożonej sytuacji działania lecznicze są wieloaspektowe. W postępowaniu leczniczym wykorzystuje się szereg specjalistycznych metod i technik. Są to zabiegi fizjoterapeutyczne, które obejmują kinezyterapię, masaż oraz fizykoterapię, wykorzystuje się także metody hydrobalneologiczne, uzdrowiskowe oraz metody specjalne stworzone dla leczenia niektórych chorób, ze stosowaniem indywidualnych technik opracowanych autorsko przez lekarzy i fizjoterapeutów. Dopelnieniem

powyższych działań leczniczych jest psychoterapia, terapia logopedyczna, terapia zajęciowa, socjoterapia, ergoterapia i edukacja osoby z niepełnosprawnością, a także jego najbliższych.

W rehabilitacji wykorzystuje się też nowoczesne rozwiązania technologiczne, które pozwalają na lepszą adaptację osoby z niepełnosprawnością do funkcjonowania, realizacji swoich potrzeb, aspiracji i pracy zawodowej. Nowoczesne technologie mogą stanowić zarówno wyposażenie środowiska zewnętrznego w którym funkcjonują osoby z niepełnosprawnością jak i mogą być aplikowane bezpośrednio dla tych osób (zaopatrzenie ortopedyczne, sprzęt pomocniczy, implanty wewnątrzustrojowe zastępujące zaburzone funkcje narządów lub tkanek).

Rehabilitacja realizuje zasadę leczenia człowieka, a nie jego chorego narządu, czy choroby.

Bardzo ważną rolę odgrywa proces rehabilitacji w opiece i oddziaływaniach na osoby starzejące się. Wspólne działania lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej, geriatrici i szerzej gerontologów mogą istotnie wpłynąć na zachowanie maksymalnie długo sprawności, samodzielności i dobrej formy psychicznej seniorów.

Istotnym działaniem rehabilitacji społecznej jest doprowadzanie do pełnej integracji osób sprawnych i niepełnosprawnych. Osoby z niepełnosprawnością muszą mieć równe szanse w funkcjonowaniu rodzinnym, społecznym i zawodowym, takie jak mają osoby sprawne.

Nowoczesność rehabilitacji to nie tylko wykorzystywanie nowych technologii, to przede wszystkim działanie interdyscyplinarne, a więc proces usprawniania realizowany przez cały Zespół Terapeutyczny. Zespół stanowią członkowie różnych dyscyplin medycznych i paramedycznych, odpowiednio wykształceni, rozumiejący swoje role i zadania w budowaniu i realizowaniu przedsięwzięć służących osobie z czasową lub trwałą niepełnosprawnością.

Działalność interdyscyplinarna rehabilitacji zależy od precyzyjnego ustalenia zadań względem pacjenta, a także od wzajemnego porozumiewania się profesjonalistów uczestniczących w rehabilitacji oraz ich indywidualnych umiejętności. Umiejętności te muszą opierać się na wiedzy i stosowanych obiektywnie uzasadnionych, popartych dowodami naukowymi, wiarygodnych metodach.

Każdy z członków Zespołu ma określoną w nim pozycję i uzupełniając się wzajemnie zadania, które nie mogą być ze sobą w sprzeczności. Czasami członkowie Zespołu dublują pewne czynności lub je odpowiednio uzupełniają (np.

fizjoterapia dróg oddechowych, działania przeciwoleżynowe itp. realizowane przez zespół fizjoterapeutów jak i pielęgniarki). Olbrzymie znaczenie ma współpraca fizjoterapeuty z terapeutą zajęciowym.

Poszczególni członkowie Zespołu muszą dysponować nowoczesnymi technologiami, których celem jest uzyskiwanie lepszego, bardziej obiektywnego, bezpieczniejszego efektu terapeutycznego. Nowe technologie ułatwiają realizację poszczególnych zadań, a także mogą stanowić źródło bezpieczeństwa dla osoby wykonującej zadanie, a także ułatwiające przestrzeganie zasad ergonomii w pracy. Musi być realizowana nauka ergonomii realizowanej przez pacjenta, ale też muszą być przestrzegane zasady ergonomii przez pracowników Zespołu terapeutycznego.

Rozwój bioinżynierii umożliwia zastosowanie nowych, obiektywnie uzasadnionych technologii w procesie fizjoterapii. Wąskie specjalizacje lekarzy, fizjoterapeutów, pielęgniarek czy innych pracowników Zespołu terapeutycznego powodują, że w niektórych przypadkach konieczne jest uczestniczenie kilku specjalistów jednej dziedziny rehabilitacji.

Proces rehabilitacji musi być monitorowany. Monitorowanie leczenia to z jednej strony obserwacja i obiektywizacja skutków zadanej terapii, ale także ocena zasadności prowadzonej terapii, którą powinien analizować pacjent wraz ze swoimi bliskimi, płatnik procesu leczenia, a w sytuacjach koniecznych urzędy prawne, a więc prokuratura, policja, sądy, czy biegli danyh dziedzin powoływani przez instytucje prawne. Monitorowanie procesu terapii musi być jak najbardziej wiarygodne, sprawdzone i powtarzalne. W procesie monitorowania terapii wykorzystywane są rozmaite narzędzia, ważne, by były walidowane, a przez to wiarygodne i łatwe w stosowaniu. Najprościej monitorować proces leczenia narzędziami oceny subiektywnej, ale nie możemy poprzestawać jedynie na takich ocenach. Musimy stosować narzędzia obiektywne, gdzie okazuje się konieczne jest użycie nowoczesnych technologii. Monitorowanie procesu terapii szczególnie ważne dla potwierdzenia słuszności drogi jaką obraliśmy w projektowaniu procesu leczenia, ale także dla oceny odległej uzyskiwanych wyników leczenia. Nowoczesne technologie pozwalają na zbieranie wielu informacji dotyczących stosowanych metod, efektywności ich stosowania, czy pozwalają na bieżącą obiektywną ocenę funkcjonowania chorego. Dane te ulegają odpowiedniej obróbce i umożliwiają nie tylko wspomniane oceny, ale też stają się ważnym czynnikiem postępu wiedzy i rozwoju technologii. Zarządzanie tymi danymi stało się dzisiaj odrębną dziedziną

wiedzy.

Ważną rolę we współczesnej organizacji rehabilitacji pełni Międzynarodowa Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia – w skrócie znaną jako ICF (The International Classification of Functioning, Disability and Health). Głównym celem ICF jest ustanowienie ujednoliconego, standardowego języka i jego struktury pozwalającego na opis zdrowia i stanów związanych ze zdrowiem.

ICF jest międzynarodową klasyfikacją stanów zdrowia, opracowaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). ICF obejmuje określenia składników zdrowia i funkcjonowania, a także aktywności i uczestnictwa w życiu społecznym. ICF wymienia także czynniki środowiskowe, które wchodzi w interakcje ze zdrowiem i funkcjonowaniem człowieka. Wdrożenie klasyfikacji ICF w rehabilitacji staje się obecnie potrzebą i koniecznością.

Szczególną rolę w Zespole rehabilitacyjnym sprawuje lekarz specjalista rehabilitacji medycznej.

Jak pokazuje europejska definicja czynności medycznej (UEMS 2009/14), czynność medyczna obejmuje wszystkie czynności zawodowe np. naukowe, dydaktyczne, dotyczące kształcenia praktycznego, organizacyjne, kliniczne i medyczno-techniczne wykonywane w celu promocji zdrowia i funkcjonowania, prewencji chorób, stosowania diagnostycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych interwencji względem pacjentów, osób, grup lub społeczności z zachowaniem wartości etycznych i deontologicznych. Działania te leżą w odpowiedzialności lekarza i zawsze muszą być wykonywane przez dyplomowanego lekarza lub pod jego/jej bezpośrednią kontrolą i na jego/jej zlecenie. Rehabilitacja medyczna jest niezależną specjalnością medyczną związaną z promocją funkcjonowania w aspekcie fizycznym i poznawczym, aktywnościami (w tym z zachowaniem), uczestnictwem (w tym z jakością życia) i modyfikacją czynników środowiskowych i osobowych. Jest odpowiedzialna za prewencję, diagnostykę, leczenie osób w każdym wieku ze stanami zdrowia powodującymi niepełnosprawność, również w kontekście chorób towarzyszących.

Lekarz rehabilitacji medycznej dokonuje oceny medycznej chorego i ustala rozpoznania chorobowe. Chory kierowany na rehabilitację najczęściej ma już postawione rozpoznanie chorobowe, choć należy zauważyć, że zwłaszcza w naszym Kraju nie docenia się lekarza ze specjalnością rehabilitacji medycznej i nie stworzono

w nowym systemie właściwego wykorzystania tego specjalisty. Lekarz specjalista rehabilitacji medycznej, podobnie jak każdy specjalista może i powinien samodzielnie wykonywać procedury diagnostyczne, niezależnie od innych specjalistów. Chorzy z zespołami bólowymi kręgosłupa, objawami choroby zwyrodnieniowej narządu ruchu, niektórymi dysfunkcjami narządów wewnętrznych mogą z powodzeniem być diagnozowani i leczeni przez specjalistów rehabilitacji medycznej. Ale jak zauważono, najwięcej chorych w rehabilitacji stanowią osoby z postawionym już rozpoznaniem chorobowym i dlatego lekarz specjalista rehabilitacji medycznej musi dokonać:

1. Weryfikacji diagnostyki lekarskiej i jej uzupełnienia.
2. Oceny stanu wydolności krążeniowo-oddechowej, wpływu innych chorób na proces rehabilitacji (leczenia usprawniającego).
3. Oceny stanu funkcjonalnego.
4. Zalecić badania dla potrzeb fizjoterapii.
5. Analizy badań dodatkowych, ewentualne ich rozszerzenia celem weryfikacji rozpoznania klinicznego.
6. Oceny dotychczasowego leczenia.
7. Ustalenia warunków rodzinnych, środowiskowych, zawodowych i socjalnych chorego.
8. Potwierdzenia lub postawienia końcowego rozpoznania klinicznego.
9. Ustalenia celu rehabilitacji.
10. Ustalenia hierarchii ważności potrzeb chorego (a także hierarchii realizacji poszczególnych procedur rehabilitacyjnych).
11. Ustalenia prognozy końcowego stanu funkcjonalnego.
12. Ustalenia programu indywidualnej rehabilitacji (procesu usprawniania) w zespole rehabilitacyjnym.
13. Wykorzystania i wytworzenia mechanizmów kompensacyjnych i adaptacyjnych w procesie rehabilitacji.
14. Ustalenia okresów obiektywizacji i oceny uzyskiwanej poprawy klinicznej i funkcjonalnej. Kontroli efektów i weryfikacji programu rehabilitacji.
15. Ustalenia ewentualnych potrzeb w zakresie zaopatrzenia w

sprzęt ortopedyczny i pomocniczy (zaopatrzenie rehabilitacyjne). Weryfikacji dotychczasowego zaopatrzenia.

16. Ustalenia potrzeb edukacji elementarnej i zawodowej.
17. Zlecić ocenę przez pracownika socjalnego warunków i potrzeb socjalnych chorego i pomoc w ich rozwiązaniu.
18. Ustalić wraz z całym zespołem, chorym i członkami jego najbliższej rodziny (upoważnionych przyjaciół) zasad i warunków dalszej opieki nad osobą z niepełnosprawnością w warunkach domowych i środowiskowych.
19. Lekarz wraz z całym zespołem realizują edukację najbliższej rodziny w zakresie podstawowych zasad:
 - pielęgnacji osoby z niepełnosprawnością,
 - kontynuacji podstawowych ćwiczeń,
 - zrozumienia istoty przebytej choroby i obecnej niepełnosprawności,
 - określenia celu rehabilitacji i drogi, jaką ten cel będzie osiągany.
20. Ustalić ewentualne potrzeby, warunków specjalistycznej rehabilitacji dalszej i późnej.

W wielu chorobach postępujących, czy dających trwałe zmiany narządowe, zaburzenia napięciowe mięśni, zaburzenia równowagi nerwowo-mięśniowej, wymagać może dalszych postępowań leczniczych, w tym wsparcia farmakologicznego zarówno o działaniu ogólnym, odcinkowym i czy miejscowym. Postępowanie takie może polegać na podawaniu leków ogólnie działających, jak i wykonywaniu rozmaitych interwencji dostawowych czy w okolicach nerwów, połączeń nerwowo-mięśniowych, korzeni rdzeniowych, rdzenia kręgowego, czy mózgu. Postępowanie to musi być czasami wznawiane i dlatego uwzględnia się je w planowaniu rehabilitacji późnej.

Lekarz rehabilitacji musi posiadać umiejętność kierowania zespołem rehabilitacyjnym, posiadać umiejętność stosowania nowoczesnych interwencji terapeutycznych, posiadać znajomość kompetencji poszczególnych profesjonalistów Zespołu. Szczególną troską lekarza powinno być prognozowanie przebiegu choroby,

a także skuteczności prowadzonej terapii. Każda terapia nosi ryzyko powikłań wynikających z przebiegu choroby, jej objawów, czy też prowadzonej terapii. Lekarz musi posiadać wiedzę w tym zakresie i ją odpowiednio wykorzystywać.

Do lekarza należą różne interwencje w procesie leczenia. Do głównych interwencji należy zaliczyć:

- farmakoterapię ogólną i lokalną (np. ostrzyknięcia, pompy intratekalne),
- interwencje fizykalne,
- zlecenie i interpretowanie badań dodatkowych, koniecznych w trakcie prowadzonej terapii,
- wydawanie orzeczeń, opinii w trakcie leczenia i po jego zakończeniu,
- orzekanie o konieczności zaopatrzenia rehabilitacyjnego (wystawianie wniosków na to zaopatrzenie)
- planowanie i kierowanie na dalszą terapię, jeśli jest to uzasadnione
- kierowanie do innych ośrodków leczniczych (specjalistów innych dziedzin medycznych)
- wydawanie końcowych zaleceń lekarskich po zakończeniu całkowitego lub etapowego leczenia usprawniającego.

Lekarz specjalista rehabilitacji medycznej planuje, koordynuje i nadzoruje działania innych pracowników medycznych sprawujących opiekę nad chorym poddanym procesowi kompleksowej rehabilitacji w zakresie zagadnień:

- fizjoterapeutycznych
- psychologicznych i psychosocjalnych,
- neuropsychologicznych,
- terapii zajęciowej,
- edukacyjnych,
- zawodowych,
- pielęgnacyjnych,
- żywieniowych, a także w dziedzinie technologii wspomagających funkcjonowanie.

Do bardzo ważnych interwencji można zaliczyć normalizację napięcia mięśniowego drogą farmakologiczną, leczenie bólu, zmian zapalnych, zaburzeń poznawczych i emocjonalnych, poprawę drogą farmakologiczną wydolności oddechowej i krążeniowej.

Bardzo ważnymi czynnikami poprawiającymi efektywność rehabilitacji jest ukierunkowanie procesu usprawniania na pacjentów o podwyższonym ryzyku chorób kardiologicznych, układu oddechowego, choroby zwyrodnieniowej w układzie szkieletowym, chorób neurologicznych i onkologicznych, a także intensyfikacja edukacji z włączeniem rodzin pacjentów poddawanych rehabilitacji, modyfikacja metod terapeutycznych z zastosowaniem nowoczesnych technologii, wdrożenie nowoczesnej farmakoterapii i wpływ na motywację chorych do jej stosowania. Edukacja rehabilitacyjna rodziny, weryfikacja postępowania leczniczego jest szczególnie ważna w procesie leczenia dzieci, zwłaszcza z grup ryzyka, w tym mózgowego porażenia dziecięcego, niesprawności narządów zmysłu, czy zaburzeniach rozwoju intelektualnego.

Istotnym elementem procesu usprawniania jest wprowadzenie odpowiednich zasad ergonomii funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością. Terapeuta zajęciowy wraz z fizjoterapeutą analizują zadania jakie stoją przed pacjentem w warunkach domowych, środowiskowych, czy zawodowych i wraz z chorym rozwiązują te problemy.

Istotnym czynnikiem decydującym o końcowym wyniku leczenia jest wczesność i ciągłość rehabilitacji, monitorowanie prowadzonej terapii poprzez zastosowanie obiektywnych testów funkcjonalnych i arkuszy oceniających jakość życia, weryfikacja metod rehabilitacyjnych dotychczas stosowanych, a przede wszystkim wykorzystywanie metod terapeutycznych o udokumentowanej wiarygodności, zgodnych z Evidence Based Medicine (EBM), czy Evidence Based Physiotherapy (EPPh).

I wreszcie bardzo ważny jest rozwój wiedzy na temat skuteczności i bezpieczeństwa bądź nieskuteczności określonych terapii lub programów leczenia w różnych stanach zdrowia, rozwój wiedzy na temat niepełnosprawności, zdrowia oraz różnych form prewencji, wraz z rozwojem instrumentów do pomiaru funkcjonowania. Lekarz dokonuje badania naturalnego przebiegu choroby, zjawisk związanych z funkcjonowaniem, niepełnosprawnością i zdrowiem.

Wiodąca rola lekarza rehabilitacji w zespole rehabilitacyjnym wynika z nierozzerwalnego związku niepełnosprawności i stanu zdrowia.

Szczególną rolę w zespole rehabilitacyjnym sprawuje fizjoterapeuta.

Pojęcie „fizjoterapia” wywodzi się z języka greckiego od słowa „physis” oznaczającego naturę, przyrodę i „therapeia” – leczenie.

W piśmiennictwie termin fizjoterapia jest powszechnie uznawany za najbardziej właściwy. Początki współcześnie rozumianej fizjoterapii w Polsce sięgają lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku. W 1960 roku powstaje Klinika Rehabilitacji Akademii Medycznej w Poznaniu, a w 1961r. w Warszawie. W 1975 r., w Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie powołano Wydział Rehabilitacji. Wydziały takie powstają wkrótce w AWF-ach w Poznaniu, Katowicach i Wrocławiu. Jednak już w roku 1953 rozpoczęto kształcenie dla potrzeb rehabilitacji techników fizjoterapii. Wcześniej w 1950 roku powołano prof. Wiktora Degę na stanowisko krajowego konsultanta Ministra Zdrowia ds. rehabilitacji, a od 1959 roku specjalność lekarska w zakresie rehabilitacji staje się specjalizacją podstawową i dwustopniową. Od 1962 roku funkcjonują wojewódzcy specjaliści ds. rehabilitacji, którzy stają się doradcami regionalnymi krajowego specjalisty. W 1982 roku powołano krajowy Zespół Specjalistyczny ds. Rehabilitacji. Pierwszym przewodniczącym tego zespołu został w 1983 r prof. Wiktor Dega. W roku 1983 Minister Zdrowia wprowadza specjalizację dwustopniową w zakresie rehabilitacji ruchowej dla magistrów rehabilitacji (obecnych fizjoterapeutów). Od tego momentu fizjoterapia nabiera szybkiego tempa rozwoju i usamodzielnia się.

W 2015 roku zostaje uchwalona ustawa o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. z 2015 poz. 1994).

Ustawa o zawodzie fizjoterapeuty stoi w sprzeczności z:

- Europejską definicją czynności medycznej (ustalającą, że rehabilitacja jest czynnością, która musi być wykonywana przez lekarza), - Dyrektywą 2005/36/EC Parlamentu i Rady Europy z 7 września 2005 w sprawie rozpoznawania kwalifikacji zawodowych (aneks 5),
- ILO: Międzynarodową Standardową Klasyfikacją Zawodów,
- WHO: międzynarodową klasyfikacją zawodów związanych ze zdrowiem,
- Wyrokiem europejskiego Sądu z 27 czerwca 2013 w sprawie rozpoznawania dyplomów i innych dowodów formalnych kwalifikacji .

Tym niemniej Ustawa nadaje znaczenie prawne zawodowi fizjoterapeuty, dając ważne uprawnienia, ale także tworzy warunki do odpowiedzialności prawnej w wykonywanym zawodzie.

Współczesny fizjoterapeuta realizując swój zawód musi stosować metody terapii zgodne ze współczesną wiedzą opartą na dowodach naukowych. Współczesny fizjoterapeuta w pracy musi posługiwać się

nowoczesnymi technologiami. Nie można cofać się w prowadzonej terapii do lat minionych. Twierdzenie, że współczesnemu fizjoterapeucie wystarczy: "Do prowadzonej efektywnej fizjoterapii są potrzebni wykształceni fizjoterapeuci i gabinet z leżanką, materacem." (<http://www.medexpress.pl/trzeba-zreformowac-system-rehabilitacyjny/69579>) jest wielkim nieporozumieniem i chyba jak to się mówi "strzałem we własną stopę". Współczesny fizjoterapeuta poza tym, że musi posiadać najlepsze wykształcenie, być zmuszonym do kształcenia ustawicznego, musi być wyposażony w rozmaite nowoczesne narzędzia by mógł realizować terapię zgodną z aktualną wiedzą, opartą na dowodach naukowych. Fizjoterapeuta musi mieć dostęp do podstawowych urządzeń monitorujących prowadzoną terapię, ocenę jej efektywności bieżącej jak i odległej, dostęp do prostych, czy bardziej złożonych urządzeń z zakresu biofeedbacku, czy usg, którym ocenia się bieżące zachowanie tkanek poddawanych obciążeniom, czy ruchowi, ale też dostęp do innych, bardziej złożonych urządzeń, jak np. oceniających postawę, chód, aktualną akcję serca, oddechy, ukrwienie obwodowe itp. Urządzenia takie są drogie i muszą być wykorzystywane stale w szerokim zakresie. Wszyscy musimy domagać się od decydentów, by nasze gabinety, pracownie wyposażane były w te nowe technologie, dla dobra chorego, ale też dla właściwego, zamierzonego, kontrolowanego wydawania środków publicznych na leczenie usprawniające.

Należy rozróżnić stosowanie nowoczesnych, czy już dawno znanych urządzeń do monitorowania procesu leczenia od diagnozowania. Jeśli za pomocą USG monitorujemy zachowanie się mięśnia, nerwu w czasie zadawanej terapii, nie oznacza to, że fizjoterapeuta realizuje proces diagnostyki USG i wydaje swoje w tym zakresie rozpoznanie chorobowe. Bardzo często stosowanie w terapii urządzeń i leków wymaga obecności lekarza, właśnie specjalisty rehabilitacji medycznej. Tylko wzajemne zaufanie, wzajemne poszanowanie swoich kompetencji gwarantuje uzyskiwanie jak najlepszego efektu w terapii. Dobra współpraca wszystkich członków Zespołu terapeutycznego musi opierać się na prawie i etyce. Przestrzeganie zasad etyki zawodowej, wzajemnego szacunku jest gwarantem dobrych relacji w Zespole, a co za tym idzie jak najlepszego wyniku kompleksowego leczenia.

Przedstawiony powyżej, wypracowany przez lata, system kompleksowej rehabilitacji – model w praktyce obowiązujący i sprawdzający się między innymi w Polsce, zaprzecza i zdecydowanie przeciwstawia się pojawiającym się koncepcjom tworzenia licznych, małych przychodni rehabilitacyjnych w gminach oraz gabinetów

fizjoterapeutycznych absolutnie nie spełniających zadań rehabilitacji w ujęciu holistycznym, bo tylko takie może prowadzić do sukcesu terapeutycznego.

Rehabilitacja bowiem nie sprowadza się do wybiórczego leczenia chorego narządu, jak to można rozumieć poprzez głosy części środowiska fizjoterapeutycznego i co między innymi stanowić ma argument za tym właśnie w/w rozdrobieniem świadczeniodawców. Dostępność do danego rodzaju świadczenia nie jest bowiem jednoznaczna z jego kompleksowością, a co za tym idzie jakością, a w konsekwencji wynikiem terapeutycznym.

Nie należy zatem dezawuować istnienia dużych Centrów Rehabilitacyjnych, które dysponując pełnym potencjałem zarówno kadrowym jak i sprzętowym, w tym diagnostycznym oraz możliwością leczenia zachowawczego, ale także operacyjnego, które to jest etapem rehabilitacji, odgrywają wiodącą rolę we współczesnym modelu rehabilitacji i powinny, przez płatnika ze środków publicznych, traktowane być jako priorytetowe ośrodki referencyjne.

Rozdrobienie bowiem rehabilitacji w znaczeniu administracyjnym wydaje się być podyktowane w pewnym stopniu względami populistycznymi mającymi niejako zapewnić każdemu i wszędzie dostęp do niej co w konsekwencji byłoby krokiem wstecz w stosunku do osiągnięć współczesnego funkcjonującego modelu rehabilitacji w Polsce.

Z problemem tym ściśle związana jest bardzo słuszna koncepcja koordynowanej opieki medycznej, która powinna być ze względów możliwości osiągnięcia optymalnych wyników terapeutycznych, a także efektywności kosztów leczenia, jak najszybciej wdrożona przez Ministerstwo Zdrowia.

Aby nie być gołosłownym poprzez należy tę koncepcję chociażby przykładem jej korzyści w odniesieniu do pacjenta „ortopedycznego”. Po przebytej operacji np. alloplastyce stawu biodrowego, pacjent wymaga kontynuacji leczenia w postaci kompleksowego procesu rehabilitacyjnego. Obecnie odbywa się to w minimalnym zakresie w Oddziale Ortopedycznym generując procedury bardzo kosztochłonne z uwagi na zajęcie łóżka ortopedycznego, gdyż nie każdy szpital posiada Oddział Rehabilitacji. Tymczasem przy wprowadzeniu przez Ministerstwo Zdrowia tej koncepcji odpowiednio koordynowanej przez płatnika, czyli NFZ, pacjent taki trafiałby do Specjalistycznego Centrum Rehabilitacji, gdzie przygotowana kadra medyczna przywracałaby pacjenta do maksymalnie możliwej sprawności funkcjonalnej, a także przy udziale całego zespołu terapeutycznego, do odzyskania „równowagi” stanu

psychicznego po przebytych urazach czy rozległym zabiegu ortopedycznym. Przykładów uzupełniających się specjalności w leczeniu chorych jest wiele i są to kardiologia, kardiochirurgia, torakochirurgia, onkologia. Wczesna, ciągła rehabilitacja w tych podstawowych przypadkach decyduje o jak najlepszym wyniku końcowym leczenia, unikaniu powikłań, a także obniża koszty leczenia, zwalniając oddziały podstawowe od konieczności długiej hospitalizacji.

Ostatnim tematem, godnym z uwagi na jego ważkość społeczną i organizacyjną w systemie Ochrony Zdrowia w Polsce, jest brak systemu zgodnego i sprawiedliwego z oczekiwaniami zarówno świadczeniobiorców jak i świadczeniodawców. Jest to mianowicie konieczność przyjmowania pacjentów z ośrodka, który nie otrzymał kontraktu z NFZ przez ośrodek wybrany przez świadczeniobiorcę z koniecznością wg Ministerstwa Zdrowia zapewnienia miejsca takim świadczeniobiorcom w kolejce oczekujących, w takim samym miejscu jakie mieli w kolejce oczekujących u świadczeniodawcy, który kontrakt utracił.

Istotę sprawy pozwalamy sobie przedstawić w załączonych pismach do Ministerstwa Zdrowia i Działu Prawnego Ministerstwa Zdrowia.

1. Pismo z dnia 28.09.2017r. do Ministerstwa Zdrowia.
2. Odpowiedź z Ministerstwa Zdrowia dla CKR z dnia 30.10.2017r.
3. Pismo z dnia 15.03.2018r. do Ministerstwa Zdrowia, na które odpowiedzi CKR jeszcze nie uzyskało.

Autorzy:

Dr n. med. Marek Krasuski

Specjalista rehabilitacji medycznej, Specjalista chirurgii urazowo-ortopedycznej

Fellow of European Board of Physical and Rehabilitation Medicine.

Były Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; były Konsultant Wojewódzki dla Mazowsza w dziedzinie rehabilitacji medycznej; były Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji.

Dr n. med. Leszek Krzyżosiak

Specjalista rehabilitacji medycznej, Specjalista chirurgii urazowo-ortopedycznej.

Wiceprezes Zarządu d/s medycznych Centrum Kompleksowej Rehabilitacji

.....