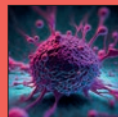




Sprawdź
ATRAKCYJNĄ
OFERTĘ
PRENUMERATY



SYSTEM
POLSKA ONKOLOGIA
ROŚNIE W SIŁĘ



WYDARZENIA
I KONGRES ZDROWIA
DZIECI I MŁODZIEŻY

SLUŻBA ZDROWIA

ROK ZAŁOŻENIA 1949

**PRAWO DO
NIEPEWNOŚCI**

**PROTOKÓŁ
EMPATIA**

**TLEN DLA
GERIATRII**

RUSZYŁA MASOWA PRODUKCJA LEKARZY





REHABILITACJA NEUROLOGICZNA



**KATARZYNA
CICHOSZ**

Pielęgniarka

Udary mózgu to główna przyczyna inwalidztwa Polaków po czterdziestym roku życia. Dlaczego?

O kluczowej roli wczesnej rehabilitacji po udarze, oczekiwaniu na rehabilitację przewlekłą, różnicach w liczbie łóżek na terenie województw i problemach społecznych pacjentów rozmawiamy z **dr n. med. Iwoną Denisewicz**, dyrektorem Szpitala Rehabilitacyjnego św. Karola Boromeusza w Szczecinie i konsultantem rehabilitacji medycznej w woj. zachodniopomorskim. O codziennej pracy fizjoterapeutów i sposobie dokumentowania osiągnięć pacjentów opowiada **Jarosław Rafalski**, kierownik Zakładu Rehabilitacji w Szpitalu Rehabilitacyjnym św. Karola Boromeusza w Szczecinie.

Zaś prezes stowarzyszenia Udarowcy – liczy się wsparcie **dr n. med. i dr n. o zdr. Sebastian Szyper**, opisuje problemy z dostępnością do rehabilitacji widziane oczami Stowarzyszenia. Rozmawia Katarzyna Cichosz

Potrzeba opieki skoordynowanej

Dr n. med. Iwona Denisewicz, dyrektor Szpitala Rehabilitacyjnego św. Karola Boromeusza w Szczecinie i konsultant rehabilitacji medycznej w woj. zachodniopomorskim.

Ile łóżek ma szpital, którym Pani zarządza?

Zajmujemy się dwoma rodzajami rehabilitacji: neurologiczną i kardiologiczną. Mamy 57 łóżek do usprawniania chorych w warunkach stacjonarnych oraz prowadzimy dzienny oddział rehabilitacji kardiologicznej. Tych pięćdziesiąt siedem łóżek to o wiele za mało jak na potrzeby pacjentów po leczeniu ostrej fazy choroby, którzy wymagają wczesnej rehabilitacji neurologicznej. Mam na myśli osoby po udarach, po leczeniu operacyjnym guzów mózgu, rdzenia czy naczynek albo po embolizacji tętniaków – chorób jest bardzo dużo. Nie jesteśmy w stanie wszystkich chorych przyjąć i wczesnie usprawnić, choć wszyscy wiemy, że wczesnie podjęta rehabilitacja jest najbardziej skuteczna.

Czy tych 57 łóżek jest tylko dla chorych do wczesnej rehabilitacji?

Nie, staramy się przyjmować pacjentów na przewlekłą rehabilitację. Zasady przyjęć są tak skonstruowane, że po ostrej fazie choroby i wczesnej rehabilitacji chory ma prawo do rehabilitacji przewlekłej. Rehabilitacja wczesna jest długa, mamy prawo ją przedłużać nawet do czterech

miesięcy, natomiast przewlekła to 6 tygodni w każdym roku. Staramy się przyjmować 10–20 procent osób do rehabilitacji przewlekłej, ale to wciąż kropla w morzu potrzeb. Chorych jest naprawdę dużo. Jesteśmy zmuszeni wybierać i kwalifikować pacjentów, biorąc pod uwagę wiele czynników społecznych i klinicznych.

Okropne zadanie.

Tak. Zadanie, którego nikt nie chciałby się dobrowolnie podjąć. Do szpitala pacjentów kwalifikuje trzech lekarzy: dwóch specjalistów rehabilitacji i jeden neurolog.

Jak sytuacja przedstawia się w całym województwie?

W naszym województwie, poza Szczecinem, oddziały Rehabilitacji Neurologicznej są w Choszcznie, Białogardzie, Kołobrzegu, Gryficach, Stargardzie. Nie jest ich za wiele. Z Gryfic do Szczecina jest około 100 km, staramy się tę odległość dzielić na pół: częściowo my przyjmujemy pacjentów z rejonu, częściowo Gryfice. Najbliżej Szczecina jest Oddział Rehabilitacji Neurologicznej w Stargardzie – pamiętajmy – usprawnia on mieszkańców kilkudziesięciotysięcznego miasta i okolic.



Czy powszechny brak kadry u Pani również występuje?

Okresowo oczywiście tak. Fizjoterapeuci są kształceni na naszym Uniwersytecie Medycznym oraz w Wyższej Szkole Edukacji i Terapii w Szczecinie. Studenci przychodzą do nas na praktyki, znają nasz ośrodek i zgłaszają się do pracy. W tej chwili mamy pełny zespół, dlatego się nie skarżę. Zatrudniamy osiemdziesiąt osób, w tym m.in. ośmiu lekarzy, trzynastu fizjoterapeutów, siedemnaście pielęgniarek, trzech psychologów, dwóch logopedów, trzech terapeutów zajęciowych, dietetyka. Rehabilitacja to zadanie dla całego wielodyscyplinarnego zespołu. I ogromny wysiłek wielu osób.

Z jakimi problemami mierzy się Pani jako dyrektor?

Największą bolączką są problemy społeczne pacjentów. Brak możliwości wypisania chorego do miejsca zamieszkania. Chory kończy rehabilitację, postęp został osiągnięty. Gdzie go wypisać? Bardzo często się zdarza, że rodzina pacjenta niepełnosprawnego po przebytych udarach nie chce lub nie potrafi zorganizować opieki. Przyjęcie osoby niepełnosprawnej wiąże się z przeorganizowaniem, dostosowaniem całego domu; dla wielu rodzin jest to bardzo duże wyzwanie. Nie podejmują opieki.

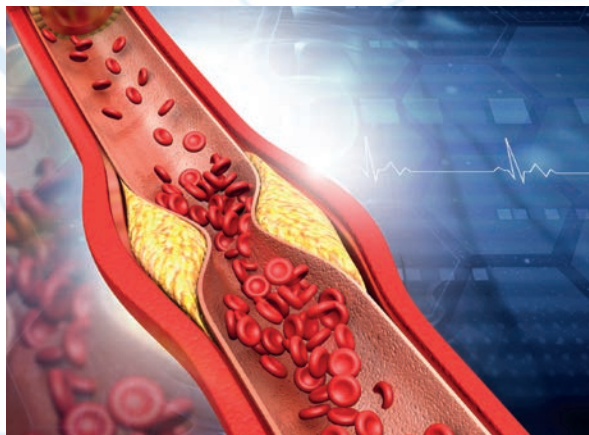


Z czego to wynika?

Myślę, że z braku rozbudowanego systemu pomocy rodzinom w domach. Potrzebne jest wsparcie w środowisku i edukacja przez różne instytucje i ośrodki.

W czasie pobytu pacjenta u nas organizujemy spotkania dla rodzin z psychologiem, pielęgniarki udzielają wskazówek, ale to wszystko za mało, za krótko. Bliscy są nieoswojeni z chorym, z jego problemami medycznymi.

Ostatnio sytuacja się nieco poprawiła; osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności mogą być usprawniane w domu, mają 80 dni zabiegowych do wykorzystania w ciągu roku. Jednak są to tylko ćwiczenia, a jeśli chodzi



o pozostałą opiekę, pielęgnację, żywienie, powikłania – z tym rodzina zostawiona jest sama.

Pojawiło się u nas światélko: w naszym województwie mamy osobę na stanowisku Reha-manager, po studiach na Uniwersytecie Gdańskim. Zajmuje się ona wsparciem osób z niepełnosprawnościami w warunkach domowych w zakresie spraw formalno-bytowych, zasiłków, wniosków do instytucji. Funkcja Reha-managera się sprawdza, tylko należałoby to stanowisko pomnożyć razy dwadzieścia, wtedy zabezpieczylibyśmy większość potrzeb pacjentów. To jest dobry początek; dobrze, że pojawił się taki kierunek studiów i mamy już pierwsze, wykształcone w tym kierunku osoby.

Jakie jeszcze problemy przed Panią stoją?

Najbardziej brakuje wystarczającej liczby miejsc, czyli łóżek szpitalnych, żeby wszystkim potrzebującym udzielić wsparcia i usprawniania i zapewnić kompleksową opiekę. W wypadku chorych przewlekłych chcących się dostać na rehabilitację czas oczekiwania wynosi ponad dwa i pół roku. Proszę sobie wyobrazić sytuację, kiedy pacjent z jakiegoś powodu nie może się zgłosić w wyznaczonym terminie i spada na koniec kolejki.

Czyli chorych starczyłoby na drugi taki sam oddział?

Myślę, że tak. Liczba udarów z roku na rok się zwiększa. Ponad 60 tys. osób rocznie w Polsce zapada na udar. Część z nich jest leczona w specjalistycznych oddziałach neurologicznych, gdzie leczy się udar metodą trombektomii i trombolizy, następnie trafiają na rehabilitację neurologiczną. Natomiast część chorych trafia na oddziały wewnętrzne w małych ośrodkach i mają minimalne szanse na rehabilitację neurologiczną, bo takiego oddziału w danej miejscowości po prostu nie ma.

Dysponując większą liczbą łóżek moglibyśmy przyjmować więcej chorych przewlekłych, którzy również mają prawo do usprawniania, a często latami leżą w domu

po wypadkach czy udarach. Wszyscy wiemy, że rehabilitacja musi być wczesna, kompleksowa i powszechna i ciągła.

Przez wiele lat rehabilitacja była ubogą krewną medycyny, informacje o niej były mało dostępne. Pomimo że polska szkoła rehabilitacji, której twórcą był m.in. Wiktor Dega była znana na całym świecie. Obecnie trochę się to zmienia ze względu na różne formy opieki proponowane przez NFZ. Tak jest np. w opiece nad chorymi po zawale serca. KOS-zawał to skoordynowana opieka obejmująca również rehabilitację kardiologiczną. Podobnie jest w pilotażowym programie KOS-BAR, skoordynowanej opieki nad osobami przed i po operacjach bariatrycznych, gdzie rehabilitacja odgrywa dużą rolę.

Programy skoordynowanej opieki pokazują, że to jedyny sensowny system: postępowanie inwazyjne, leczenie i zaraz potem rehabilitacja. Ciągłość i brak przerw w leczeniu pacjenta zaoszczędza nasze społeczne pieniądze. Być może pojawią się wkrótce plany dotyczące skoordynowanej opieki dla pacjentów po udarach mózgu.

Czy to jak wygląda dostęp do rehabilitacji neurologicznej w woj. zachodniopomorskim, ma przełożenie na całą Polskę?

Bazując na wiedzy ze spotkań z konsultantami wojewódzkimi z innych rejonów Polski, mam wrażenie, że na południu jest więcej ośrodków rehabilitacji. Są gęściej rozmieszczone, dostęp jest łatwiejszy – ale jest tam więk-

sze zagęszczenie ludności i wynikające z tego większe potrzeby zdrowotne. Natomiast kolejki do rehabilitacji są wszędzie, to jest powszechny problem.

Dość pesymistycznie kończymy.

Absolutnie nie. Im więcej będziemy o tym mówić i pokazywać sukcesy rehabilitacji, tym lepiej. Wagę rehabilitacji doceniamy dopiero, gdy ktoś z naszych bliskich jej potrzebuje. Widzimy wtedy, jakie ona ma znaczenie, jak się pacjent zmienia pod wpływem usprawniania.

Ogromnym optymizmem napawa to, że przemysł biomedyczny i elektroniczny mocno współpracuje z rehabilitacją. Mamy do dyspozycji szereg nowoczesnych urządzeń: egzoszkielety, lokomaty, rotory z odciążeniami i obciążeniami, urządzenia wspomagające i usprawniające funkcje kończyny górnej, kończyny dolnej, funkcje chodu.

Jest możliwość wykorzystania tych technologii, tylko potrzeba środków. Ta dziedziną w ostatnich latach bardzo się rozwinęła. Poprzez dostęp do nowoczesnych technologii możemy patrzeć z optymizmem w przyszłość, bardzo to pacjentów wspiera, urozmaica rehabilitację, poprawia współpracę w trakcie ćwiczeń. Nowoczesna technologia pomaga nie tylko w walce z deficytami ruchowymi. Pracujemy, wykorzystując także wirtualną rzeczywistość w usprawnianiu funkcji poznawczych, wykorzystując cyfrowy świat do terapii uwagi, pamięci, funkcji wykonawczych, koordynacji wzrokowo-przestrzennej. Technologiczne zmiany oblicze rehabilitacji.



Codziennosc

Mgr Jarosław Rafalski, kierownik Zakładu Rehabilitacji w Szpitalu Rehabilitacyjnym św. Karola Boromeusza w Szczecinie.

Jak długo trzeba czekać, żeby zobaczyć pacjenta po udarze wychodzącego z oddziału o własnych siłach?

To zależy od rodzaju i wielkości uszkodzenia mózgu. Usprawnienie zajmuje od trzech tygodni wzwyż. Niektórzy pacjenci przebywają w oddziale od kilku do maksymalnie 16 tygodni. Jeżeli przed pacjentem jest perspektywa poprawy, zwracamy się do NFZ o przedłużenie pobytu.

Jak rozkładacie sobie pracę, również fizyczną?

Stożek sprawności pacjentów jest różny. Na 57 pacjentów zwykle 10–15 potrzebuje bardzo intensywnej, indywidualnej pracy. Czasami, żeby spionizować taką osobę, posadzić czy przetransferować potrzeba dwóch lub więcej terapeutów. Mamy też na oddziale opiekunów medycznych. Często korzystamy z ich pomocy, ta współpraca jest istotna. Pracę tak rozdzielamy, żeby każdy fizjoterapeuta miał pod opieką nie więcej niż dwóch ciężkich pacjentów i pozostałych w lepszym stanie klinicznym. Choroby somatyczne i deficyty ruchowe często wiążą się z poważnymi zaburzeniami nastroju.

O której godzinie zaczynacie pracę?

Od 7.25 pracujemy z pierwszymi pacjentami, którzy nie wymagają interwencji pielęgnarskich czy podawania leków. Potem oni wracają na śniadanie, a my w tym czasie zajmujemy się kolejnymi osobami. Każdy fizjoterapeuta ma zwykle sześciu pacjentów. Nowy pacjent przypisywany jest do konkretnego terapeuty, który za niego odpowiada. Terapeuta sam planuje i wykonuje wszystkie zabiegi usprawniające. Czasami pacjent wyłączony jest z rehabilitacji, bo np. ma wysokie ciśnienie i nie może ćwiczyć – takie sytuacje wymagają modyfikacji planu dnia.

Jak dokumentujecie postępy pacjentów?

Obecnie pracujemy nad wprowadzeniem oceny stanu pacjenta zgodnej ze światowymi wytycznymi Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania (ICF). Formularz ten pozwala ocenić funkcjonalność, aktywność i uczestnictwo. Każdy członek zespołu – logopeda, psycholog, lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka – ocenia zdrowie pacjenta i stany z nim związane w swojej dziedzinie. Odbywa się to zarówno przy przyjęciu, jak i przy wypisie.

Pacjenci przyjeżdżający do nas z zagranicy przywożą ze sobą właśnie taką obiektywną ocenę wielodyscyplinarnego zespołu. Informacje są zaszyfrowane kodami, a my wiemy, co się za tym kryje.

Obecnie zdarza się, że kiedy przyjmujemy pacjenta, w jego wypisie szpitalnym otrzymujemy informację, że samodzielnie chodzi lub przemieszcza się z małą pomocą. A na naszej izbie przyjęć okazuje się, że jednak nie chodzi. Prawdopodobnie chodził, kiedy asystowało przy nim dwóch terapeutów. Nowy formularz pomoże wszystkim być bardziej obiektywnymi i oceniać wszystkie aspekty funkcjonalne chorego.



Dostępność

Dr n. med. i dr n. o zdr. Sebastian Szyper, prezes stowarzyszenia Udarowcy – liczy się wsparcie.

Wokół Stowarzyszenia skupionych jest wiele młodych osób.

Udary coraz częściej spotykają młodych ludzi. Dwa lata temu podjęliśmy akcję #młodzipoudarze. W spotach wideo pokazaliśmy osoby, które przeżyły udar mózgu w wieku dwudziestu, trzydziestu i czterdziestu lat. Większość z nich po rehabilitacji powróciła do życia zawodowego i społeczno-rodzinnego, ale nie bez szwanku.

Czy fizjoterapia finansowana przez NFZ jest wystarczająca?

Finansowanie się zwiększyło, natomiast miejsca nie są równomiernie rozłożone. Zupełnie inna jest dostępność rehabilitacji, np. w woj. kujawsko-pomorskim niż w podkarpackim, zarówno pod względem liczby ośrodków, jak i ich rozlokowania w obrębie województw.

Pacjent po szpitalnej rehabilitacji neurologicznej ma możliwość kontynuacji usprawniania w zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej, jednak jest spora grupa pacjentów, która również oczekuje na fizjoterapię, m.in. osoby po złamaniach, z bólami kręgosłupa, stwardnieniem rozsianym, czy wieloma innymi jednostkami chorobowymi. Wiemy, że jeśli chodzi o reorganizację układu nerwowego, pierwszy rok jest kluczowy dla dalszego usprawniania. Wprawdzie NFZ gwarantuje produkt pod nazwą ośrodek dzienny rehabilitacji, jednak chcielibyśmy, aby tych ośrodków – w obrębie danych województw – było zdecydowanie więcej.



Jakimi danymi dysponujemy?

Poza raportem oceniającym konsekwencje społeczno-ekonomiczne udarów mózgu wydanym przez Uczelnię Łazarskiego [od red.: 2013 r.] oraz danymi z 2019 roku opublikowanymi przez Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia nie ma więcej szczegółowych i obszernych danych o kosztach i dostępności do rehabilitacji neurologicznej wyspecjalizowanej w udarach mózgu.

Jako stowarzyszenie otrzymujemy często informację, że pacjenci odbywają 3–4-tygodniową rehabilitację stacjonarną. Niestety jest to często niewystarczający okres do uzyskania istotnej poprawy w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Mieliśmy wiele przypadków osób po udarze, kiedy po kilku tygodniach pracy nie widzieliśmy poprawy funkcjonalnej, a po 8–10

tygodniach chory zaczynał bardzo dobrze sobie radzić i wychodził z oddziału – samodzielny. Szczególnie ważne jest, aby pacjenci z dużym deficytem ruchowym, mieli szansę na dłuższą hospitalizację w oddziale stacjonarnym rehabilitacji neurologicznej. Wiemy, że po wypisie ciężko jest bezpośrednio kontynuować usprawnianie, zachowując ciągłość terapii.

Szacuje się, że w ciągu roku, spośród wszystkich zachorowań na udar mózgu, około 30 proc. pacjentów powinno mieć zagwarantowaną wczesną stacjonarną rehabilitację neurologiczną. Niestety ten odsetek wynosi niespełna 20 proc. Pozostałe osoby muszą poszukiwać rehabilitacji w innej formie np. domowej czy ambulatoryjnej, gdzie zakres realizacji świadczenia jest dużo mniejszy, a czas jej trwania dużo krótszy. ■