

 Medexpress, 2020-07-22 12:00

Prezes KRF: Oddziały neurorehabilitacji to najtańsze hotele w Warszawie

O roli i dostępie do neurorehabilitacji rozmawiamy z prezesem Krajowej Rady Fizjoterapeutów dr hab. n. med. Maciejem Krawczykiem.

Czym jest neurorehabilitacja?

Neurorehabilitacja według podziału nauk jest częścią neurologii odtwórczej. Wspiera oddziaływanie na układ nerwowy, tak by możliwe stało się odtworzenie struktur, funkcji ciała lub aktywności człowieka w zależności od możliwości i od choroby. Dzięki neurorehabilitacji pacjent może wrócić do dawniej pełnionych ról społecznych lub może je zmodyfikować. W ten proces może być zaangażowanych kilka interwencji rehabilitacyjnych takich jak: fizjoterapia, neuropsychologia, neurologopedia, terapia zajęciowa, ale obok tego ważną rolę odgrywa rodzina, pielęgniarka, lekarz i inni specjaliści, także okulista czy optometrysta przy uszkodzeniu funkcji wzroku.

W przypadku jakich chorób konieczna jest neurorehabilitacja?

Każda część świata ma swoje charakterystyczne choroby układu nerwowego. W naszej szerokości geograficznej najczęstszym przykładem są udary, ale w wielu miejscach na świecie są to np. neuroinfekcje. U nas również to choroby postępujące jak stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona czy Alzheimer, także choroby układu nerwowego np. z grupy chorób rzadkich, jak neuropatie, choroby styku nerwowo-mięśniowego, genetyczne choroby własne układu mięśniowego. Samych chorób rzadkich układu nerwowego jest kilkaset. W Polsce na choroby rzadkie cierpi ponad 2 miliony osób, ich odsetek stanowią choroby neurologiczne. I ci pacjenci wymagają w różnym stopniu neurorehabilitacji. Przy chorobach takich jak Alzheimer największe znaczenie ma oddziaływanie neuropsychologa i terapeutę zajęciowego. Jednak np. w neuropatiach czy chorobach mięśniowych na pewno wiodącą rolę pełni fizjoterapeuta.

Jaka jest dostępność do neurorehabilitacji?

Powinienem oczywiście mówić o fizjoterapii, ale akurat do fizjoterapii jest największy dostęp spośród tych specjalistów, o których mówiłem wcześniej, ale np. neuropsychologa w Polsce trzeba szukać z lupą. Neurorehabilitacja bazuje na plastyczności ośrodkowego układu nerwowego. Liczne dowody naukowe pokazują, że istotą neurorehabilitacji, tego że człowiek zacznie z powrotem mówić, ruszać ręką czy też sam jeść, chodzić, nie jest to, że stymulujemy mięśnie, tylko to, że w czasie procesu rehabilitacji stymulowany jest mózg: tworzą się nowe synapsy, połączenia między komórkami, ale także te komórki, które nie zostały uszkodzone zastępują uszkodzone. Na tym opieramy całą strategię neurorehabilitacji zarówno przy odzyskiwaniu mowy, artykulacji emocji czy też ruchu. W przypadku fizjoterapii podstawową bolączką w Polsce jest jej dostępność. Wczesna rehabilitacja jest wręcz niedostępna! Np. od razu po oddziale udarowym zaspokajamy ją w 30 procentach. To niezwykle mało. Nawet w miastach takich jak Poznań czy Kraków pacjent na problem. Przerwa od miesiąca do czterech zanim pacjent dostanie się na oddział rehabilitacji, powoduje, że pewnych zmian nie da się już odwrócić, albo dużo trudniej jest odwrócić niekorzystne zmiany, co uniemożliwia optymalny powrót do zdrowia pacjenta. To jest kluczowy element w Polsce, który powinien być zmieniony.

Z czego to wynika? Ze złej wyceny świadczeń, czy może ze złej organizacji systemu?

Zacząłbym od złej organizacji systemu. Mamy w Polsce dużo oddziałów rehabilitacyjnych, ale trzy czwarte z nich zajmują się pacjentami, którzy w ogóle nie powinni się w nich znajdować, bo ich stan jest zbyt lekki. Te oddziały należałoby zlikwidować, a na ich miejsce stworzyć sieć takich, które będą leczyć pacjentów w trybie zamkniętym, szpitalnym. Oczywiście przyczyną tego jest zła wycena, która jest co najmniej dwukrotnie za niska - teraz to maksymalnie około 270 złotych za pacjenta bardzo ciężkiego za osobodzień. Ciężki pacjent to taki, który nie może w łóżku zmieniać pozycji, chodzić, wstawać, nie potrafi porozumiewać się z otoczeniem, często ma cewnik i kroplówkę. Można powiedzieć, że oddziały neurorehabilitacji to najtańsze hotele w Warszawie! Jestem zgryźliwy, ale wydaje się, że wszystko w Polsce zależy od siły lobbingu. A ona jest u nas bardzo mała, bo np. pani Ewie Błaszczuk udaje się wycenić rehabilitację śpiączki na 700-800 złotych za osobodzień, mimo że taki pacjent jest mniej absorbujący niż pacjent po udarze mózgu. Ponieważ pracuję w tej dziedzinie ponad 30 lat, powiem wprost, że jest to bardzo nieuczciwe. Jedna grupa pacjentów zostaje wyceniona na 700-800 złotych za rehabilitację, a dla dużej grupy pacjentów, która mogłaby wrócić do samodzielnego funkcjonowania, jeśli podjęłoby się odpowiednie czynności w okresie wczesnym, czyli w okresie pierwszych miesięcy od udaru, rehabilitacja jest niedoszacowana. Taki pacjent powinien kosztować co najmniej 600 złotych za osobodzień. Neurorehabilitacja to proces, który tym bardziej jest efektywny, im więcej czasu w ciągu dnia poświęca się choremu. I trudno mówić o optymalnym procesie rehabilitacji, jeżeli fizjoterapeuta zajmuje się chorym indywidualnie 45 minut do godziny dziennie. Tyle samo neuropsycholog, a może nawet mniej, co drugi, a może co trzeci dzień. Optymalna rehabilitacja to taka, w której pacjent miałby cały dzień zajęty i ćwiczyłby 8 godzin. Żeby uzyskać zmiany plastyczne w mózgu, trzeba bardzo intensywnie stymulować mózg. Według badań 3 godziny to minimalny czas, żeby proces neurorehabilitacji odróżnić u pacjenta od jej braku. W psychice managerów ochrony zdrowia utrwalił się obraz leczenia w dwóch postaciach: farmakoterapii albo leczenie operacyjne. Inne oddziaływania nie mieszczą się w wyobraźni managerów i ludzi zarządzających w Polsce ochroną zdrowia, dlatego mamy tak ogromny problem z podniesieniem wyceny świadczeń rehabilitacyjnych, ponieważ proces rehabilitacji nie jest rozumiany przez te osoby.

Pacjent, który nie będzie dobrze rehabilitowany może nie wrócić do pracy, nie będzie dobrze pełnił swoich ról społecznych... Czy stać nas na to?

Taki pacjent nie wróci do pracy, ale też nie będzie dziadkiem, mężem, osobą która uczestniczy w życiu swojego otoczenia, środowiska. Choroby neurologiczne są jedynymi, których ilość na świecie wzrasta, ponieważ średni wiek ludzi na świecie wzrasta. Chcielibyśmy, aby osoby starsze aktywnie uczestniczyły w życiu swojego środowiska, nie tylko nie przechodziły na emerytury, ale uczestniczyły w życiu swojej rodziny. W tej chwili nie jest rzadkością, że osoby 60-70-letnie mają jeszcze do opieki swoich rodziców. Czyli emeryci opiekują się swoimi rodzicami emerytami. Jeśli taki emeryt przestaje być sprawny, to z tego powodu ktoś inny musi przestać pracować, albo przechodzić na część etatu (wnuki albo ich dzieci) tracąc pieniądze, albo wydając całą pensję na opłacenie opieki nad osobą niepełnosprawną. Nie tylko nie zarabia osoba, która jest chora, ale też osoba, która się nią opiekuje. To jest ogromna tragedia wielu rodzin w Polsce. Robiłem kiedyś obliczenia, z których wyszło, że z powodu udaru kilkanaście rodzin w każdym powiecie w Polsce musi przerwać karierę zawodową albo zmienić swoje życie z powodu chorej bliskiej osoby na udar mózgu.

Od lat apelują Państwo do decydentów o lepszą wycenę świadczeń i nic się nie zmienia...

U nas wszystko jest ważniejsze niż rehabilitacja. Natomiast w krajach wysoko rozwiniętych na rehabilitację wydaje się procentowo znacznie więcej niż w Polsce. Receptą jest tu radykalne zwiększenie wyceny wczesnej rehabilitacji, tak aby w przeciągu pół roku po incydencie pacjenci otrzymali porządną, efektywną i długo trwającą rehabilitację. Po drugie, stworzenie systemu rehabilitacji w miejscu zamieszkania, i to nie jako usługi domowej rehabilitacji w ramach NFZ, tylko rehabilitacji, która jest częścią działania danej gminy, powiatu. Trzecia kwestia to kwalifikowanie do procesu wczesnej rehabilitacji, szczególnie chorych ze stwardnieniem rozsianym i chorobą Parkinsona.

Neurologicy w ogóle nie kierują chorych po rozpoznaniu stwardnienia rozsianego albo choroby Parkinsona do fizjoterapeutów. Najpierw leczą ich przez kilka lat w programach naukowych. Chorzy biorą ogromne ilości nowoczesnych leków i dopiero jak pojawiają się u nich poważne deficyty ruchowe, wtedy ewentualnie kierują tych chorych do fizjoterapeuty. Tylko to jest za późno, dlatego że jeżeli chcemy stymulować zmiany plastyczne w mózgu, to chorzy ci od początku powinni być oswajani z fizjoterapią. Ich rodziny powinny być przyzwyczajane do myśli, że leczenie to nie tylko farmakoterapia, tylko regularna fizjoterapia. Najbliżsi chorego powinni znać jego ograniczenia i włączać się aktywnie w proces rehabilitacji. Chorzy kiedy mają pierwsze objawy neurologiczne, idą na rentę. Młody człowiek często boi się objawów ruchowych, tego że drętwieją mu nogi, ręce, że ma niedowład albo drżenie kończyny. Chorzy są tym przerażeni. A gdyby mieli zajęcia z fizjoterapeutą wcześniej, kiedy objawy są jeszcze minimalne, wiedzieliby jak reagować na to, kiedy się gorzej poczują, na czym polegają ich limity wysiłku fizycznego, jak samemu je kontrolować, żeby nie zrobić sobie krzywdy. Podobnie jest z chorymi na parkinsona, tylko tu większe znaczenie ma rodzina, która musi stymulować tych pacjentów. I nie chodzi o to, by fizjoterapeuta codziennie ćwiczył z tym chorym, tylko o poradnictwo, żeby pacjent chociaż dwa, trzy razy przyszedł do fizjoterapeuty i mógł się dowiedzieć jak ma żyć, postępować, reagować na swoje objawy, czego się bać a czego nie.

W jakim stanie trafiają teraz do Państwa pacjenci, którzy nie mieli dostępu do rehabilitacji, kiedy fizjoterapia była zamrożona?

Pracuję w Instytucie Psychiatrii i Neurologii, gdzie mamy oddział dzienny i niestety widzimy u pacjentów, którzy nie mieli w tym czasie kontakt z fizjoterapeutą, potężny regres w zakresie stanu funkcjonalnego. Oczywiście, część z tych pacjentów, nawet jeśli mogłaby korzystać z rehabilitacji, nie zrobiłaby tego ze strachu przed koronawirusem. Widzimy więc regres u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym, ale także po udarze mózgu, z chorobą Parkinsona, właściwie we wszystkich grupach chorych.

WARTO PRZECZYTAĆ



[Specjalne wydanie Medexpressu z okazji Światowego Dnia Mózgu](https://www.medexpress.pl/specjalne-wydanie-medexpressu-z-okazji-swiatowego-dnia-mozgu)