

dr n. med. Marek Krasuski
Konsultant Krajowy
w dziedzinie rehabilitacji medycznej

adres zwrotny:
dr n. med. Marek Krasuski
ul. Wierzejewskiego 12
05-511 Konstancin-Jeziorna
tel. (0-22) 7119016
e-mail: krasuski@wa.onet.pl

Konstancin, 30.08.2011r

Sprawozdanie z działalności Konsultanta Krajowego
w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej – za okres
styczeń - lipiec 2011 rok

1. Ocena ogólna dziedziny

Najistotniejszymi problemami w rehabilitacji są:

1. Złe finansowanie realizowanych procedur leczniczych w rehabilitacji na niezmiennym finansowo poziomie od szeregu lat, a należy zauważyć, że obiektywne koszty wzrastają wraz z rosnącymi cenami rynkowymi, głównie w zakresie energii, transportu i wartości rynkowej sprzętu rehabilitacji, czynszów lokalowych itd.

Nadal według wyliczeń dotyczących finansowania rehabilitacji stacjonarnej i ambulatoryjnej dokonywanych w środowisku średnia wartość osobodnia i punktu w leczeniu ambulatoryjnym wynosi około 60% - 65% ich wartości realnej. Pisałem o tym w roku poprzednim i nic w tej sprawie nie zmieniło się. Okazuje się, że ośrodki, które świadczyły usługi w zakresie rehabilitacji zamykają się, lub zawężają swoje działania. W Wojewódzkim Szpitalu Urazowym im św. Anny w Warszawie zlikwidowano stacjonarny oddział rehabilitacji (funkcjonuje tylko oddział dzienny).

Przekształcono Centrum Rehabilitacji STOCER w Konstancinie na Mazowieckie Centrum Rehabilitacji Sp. zoo. Po przekształceniu szpitala w spółkę prawa handlowego doszło do likwidacji części oddziałów rehabilitacji. Powołano jeden oddział z poddziałem rehabilitacji neurologicznej. Na bazie STOCER od 1961 roku funkcjonowała Klinika Rehabilitacji Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Klinika w tym roku obchodziłaby w STOCER swoje

50-Lecie istnienia. Klinika Rehabilitacji była drugą taką placówką powstałą w Polsce i Europie. Obie instytucje miały wielki dorobek wielopokoleniowy o skali międzynarodowej i wielkim znaczeniu Krajowym. Na bazie Kliniki i STOCER odbywały się kursy doskonalące, w tym obowiązkowe kursy dla lekarzy specjalizujących się w rehabilitacji medycznej. Są to:

- Aktualne kierunki postępowania rehabilitacyjnego (odbyty: 21.03.2011 – 1.04.2011; zaplanowany: 10.10.2011 – 22.10.2011.)
- Kurs wprowadzający w pierwszym roku kształcenia (odbyty: 28.02.2011 – 4.03.2011; zaplanowany: 14.11.2011 – 18.11.2011)
- Współczesne kierunki w zakresie protezowania i aparatowania kończyn dolnych, górnych i tułowia (odbyty-7.03. 2011 – 9.03.2011; 30.05.2011 – 1.06.2011). (powyższe kursy odbędą się jeszcze jesienią tego roku).

Byłe Oddziały Rehabilitacyjne STOCER posiadały akredytację Ministerstwa Zdrowia, w tym w ramach też Kliniki Rehabilitacji /na bazie STOCER/ odbywają podstawowe szkolenie specjalizacyjne lekarze rezydenci oraz lekarze w ramach umów cywilno-prawnych i etatów.

W Oddziale II Klinicznym Rehabilitacji odbywały się obowiązkowe staże wysokospecjalizacyjne w wymiarze 4 tygodni dla lekarzy w 5 roku szkolenia specjalizacyjnego z terenu całej Polski. Średnio szkolonych było 2 lekarzy w skali miesiąca na stażu wysokospecjalizacyjnym.

Na bazie Oddziałów STOCER Klinika Rehabilitacji od początku istnienia specjalizacji w rehabilitacji medycznej i rehabilitacji ruchowej organizowała Państwowe Egzaminy Specjalizacyjne. Obecnie organizator egzaminów CEM również na bazie STOCER /tylko tu/ organizował w sesji wiosennej i jesiennej Państwowy Egzamin Specjalizacyjny w Rehabilitacji Medycznej. O tych sprawach pisałem wielokrotnie do Departamentu Nauki, Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia. Władze Uczelni i Zarząd Spółki Mazowieckie Centrum Rehabilitacji powróciły do rozmów w sprawie dalszej współpracy. Jak wynika z ostatnich rozmów dalsza współpraca będzie możliwa i Klinika pozostanie w Centrum.

2. Według wyliczeń z ubiegłego roku (!) w środowisku zajmujących się rehabilitacją medyczną koszt osobodnia w rehabilitacji powinien zawierać się średnio w kwocie ok 300zł, a średnia cena punktu wynosić w granicy 1,70 –

2,00 zł. Podawane wartości kwotowe dotyczą obowiązującego systemu i organizacji rehabilitacji medycznej. W tej sprawie wysłałem pismo do Prezesa NFZ w październiku 2010r.

3. Nadal funkcjonuje duży rozdźwięk pomiędzy zasadami obowiązującymi lekarza specjalistę w rehabilitacji medycznej wynikającymi z jego wiedzy, uprawnień specjalisty wynikających z przepisów prawa i obowiązujących każdego lekarza specjalistę innej dziedziny lekarskiej, a zadaniami podawanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia i dotyczącymi specjalizacji rehabilitacji medycznej.
4. Nadal tworzą się środowiskowe warunki dyskryminacji zawodu lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej. Wyrazem tej opinii jest przyjęta jednogłośnie Uchwała Walnego Zgromadzenia Członków Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji w dniu 12 września 2009 roku, na którą nikt w administracji nie zareagował. Opinia Walnego Zgromadzenia Członków Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji popierała wówczas działania Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej.

Podstawowymi problemami utrudniającymi funkcjonowanie lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej są:

- dopuszczanie przez Rozporządzenia Ministra Zdrowia, Prezesa Narodowego Funduszu do pełnienia roli specjalistów rehabilitacji medycznej lekarzy innych specjalności, nieposiadających specjalizacji w rehabilitacji medycznej,
- ograniczanie roli lekarza specjalisty w rehabilitacji medycznej poprzez utrudnianie wykonywania pełnej diagnostyki, lub weryfikacji diagnostyki już wykonanej, z którą lekarz rehabilitacji się nie zgadza, czy też jest ona niepełna (*ograniczenia te wynikają ze sposobu i wartości finansowania rehabilitacji*),
- nie branie pod uwagę przez urzędników NFZ konieczności wykonywania przez lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznych normalnych procedur diagnostyczno leczniczych u pacjentów przebywających w leczeniu szpitalnym, zwłaszcza w zakresie finansowania koniecznej farmakoterapii, wykonywania innych zabiegów leczniczych typowych dla medycyny ogólnej (np. punkcje stawów, podawanie leków i In) oraz wykonywania niezbędnej diagnostyki medycznej (radiogramy, tomografia, magnetyczny

rezonans jądrowy, badania z zakresu elektrodiagnostyki, badania biochemiczne). Większość tych badań należy do elementarnych i stanowią one podstawę dla realizacji nowoczesnej, właściwej i uzasadnionej ekonomicznie rehabilitacji (*ograniczenia te wynikają ze sposobu i wartości finansowania rehabilitacji*). Typowym przekrojem chorych, którzy z powodzeniem powinni być diagnozowani i leczeni przez specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej są chorzy z objawami bólowymi kręgosłupa. Co prawda w jednorodnych grupach pacjentów dopuszcza się możliwość wykonania diagnostyki, ale wysoki koszt badań i odpowiednio niska opłata za osobodzień uniemożliwiają tak naprawdę wykonanie procedury diagnostycznej. Odziały rehabilitacji neurologicznej są deficytowe. Publiczny płatnik nie wymusza oceny skuteczności prowadzonej terapii. Efektem tego będzie nieuchronnie niska jakość prowadzonej terapii. Jednorodne grupy pacjentów miały /tak ja to rozumiałem i moje środowisko/ ujednoczyć koszty leczenia, ale jak się okazało ceny w leczeniu osobodnia są bardzo różne, co wywołało duże niezadowolenie środowiska.

5. W grudniu 2010 roku przekazałem do Departamentów Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Zdrowia Publicznego „Wytyczne Krajowego Konsultanta”. Wytyczne te, to owoc mojej pracy razem z zespołem eksperckim, samodzielnych pracowników naukowych skupionych w Polskim Towarzystwie Rehabilitacji. Wytyczne uzyskały pozytywną opinię Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN. Niestety nie znalazły one uznania w Ministerstwie, nie zostały zaakceptowane jako wytyczne Konsultanta. Odbyło się jedno spotkanie w Departamencie Zdrowia Publicznego w tej sprawie w lutym br. Wytyczne te będą prezentowane na II Baltic & North Sea Conference on Physical and Rehabilitation Medicine w Wilnie we wrześniu 2011r. (Konferencja jest organizowana w kooperacji z: Baltic Association for Rehabilitation (BAR), European Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ESPRM), European Union of Medical Specialist (UEMS), European Academy, National Physical and rehabilitation Medicine Societies in Baltic and North Sea Area).
- Niedofinansowanie w rehabilitacji, brak zainteresowania poziomem świadczenia w niej usług, brak standardów w rehabilitacji powoduje dalsze

obniżanie jakości tych usług medycznych. W roku 2005 przeprowadziłem ocenę wartości końcowego rozpoznania klinicznego spisanego na skierowaniu do oddziału rehabilitacji u chorych kierowanych do Kliniki Rehabilitacji WUM celem leczenia usprawniającego po urazie kręgosłupa. Okazało się że 38% chorych kierowanych do Kliniki miało niewłaściwe lub niepełne rozpoznanie chorobowe. (*Tederko P., Krasuski M., Kiwerski J., Barcińska I: Znaczenie weryfikacji rozpoznania u pacjentów po urazie rdzenia kręgowego hospitalizowanych w oddziale rehabilitacji. Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2005; 7(4): 365-373.*). U znakomitej większości tych chorych rozpoznano w Klinice Rehabilitacji dodatkowe, nieleczone do chwili przyjęcia urazy lub choroby, które istotnie wpływały na możliwość i efektywność procesu kompleksowej rehabilitacji. W kwestii tej nie zaobserwowałem istotnych zmian. Obserwacje i badania w tym zakresie są kontynuowane.

6. Nadal poważnym mankamentem są braki kadrowe specjalistów w dziedzinie rehabilitacji, choć w ostatnim okresie jest ich stały wzrost. Liczba specjalistów w dziedzinie rehabilitacji medycznej w ostatnim dziesięcioleciu wzrosła ponad dwukrotnie. Z danych Centrum Zdrowia Publicznego, które są bardzo okrojone, gdyż w niektórych jednostkach nie ma takich informacji, zaś w części dane dotyczą osób, które uzyskały specjalizację po 1999 roku, obecnych jest ponad 900 specjalistów w rehabilitacji. Należy szacować, że specjalistów jest ponad dwukrotnie więcej. Niestety nie uzyskałem informacji dotyczących ilości specjalistów (mimo mojego wystąpienia z prośbą) z Naczelnej Izby Lekarskiej.
7. W związku z dyskusją w naszym Kraju na temat umiejętności i nie brania po uwagę mojego zdania opartego na dyskusjach ekspertów PTReh, wysłałem ankietę do przedstawicieli Sekcji i Rady Union of European Medical Specialists in Physical and Rehabilitation Medicine z zapytaniem dotyczącym istnienia umiejętności w rehabilitacji w innych krajach Europy.

Przypomnę, że w sprawie tworzenia umiejętności w rehabilitacji wyraziłem negatywną opinię. Negatywną opinię dotyczącą tworzenia umiejętności w rehabilitacji medycznej wydały też Władze Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji. Uwag tych nie uwzględniono.

Przedstawiam wyniki ankiety przeprowadzonej wśród delegatów do Sekcji i Rady UEMS-PRM (Union of European Medical Specialists in Physical and Rehabilitation Medicine)

Treść pytania:

“Czy certyfikowane umiejętności w rehabilitacji są dostępne lekarzom nie będącym specjalistami w rehabilitacji?”

Zapytanie rozesłano do 74 przedstawicieli UEMS-PRM z 33 krajów

Uzyskano 31 odpowiedzi z 28 krajów.

Rehabilitacja medyczna (rehabilitation medicine, physical and rehabilitation medicine) jest specjalizacją medyczną dostępną we wszystkich krajach Unii Europejskiej z wyjątkiem Danii i Malty.

Lista krajów, w których umiejętność jest możliwa do uzyskania:

W pięciu krajach możliwe jest uzyskanie umiejętności w wycinkowych gałęziach rehabilitacji. Program umiejętności obejmuje **dwa lata kształcenia** i dostępny jest jedynie dla poniżej wyszczególnionych specjalistów (I – specjaliści chorób wewnętrznych; K – specjaliści kardiologii; N – specjaliści neurologii; O – specjaliści ortopedii; Ped – specjaliści pediatrii; Pul – specjaliści pulmonologii; R – specjaliści reumatologii; S – specjaliści medycyny sportu; W – wszyscy specjaliści:

	Belgia	Finlandia	Gruzja	Węgry	Hiszpania
rehabilitacja w schorzeniach narządu ruchu	O, R				S
Neurorehabilitacja	N				
rehabilitacja pediatrczna				Ped	
rehabilitacja pulmonologiczna	Pul			Pul	
rehabilitacja kardiologiczna	K			K	
Rehabilitacja ogólna		W	I		

Lista 22 krajów, w których nie ma zarejestrowanej umiejętności:

Austria, Bułgaria, Cypr, Czechy, Estonia, Francja, Wielka Brytania, Włochy, Grecja, Islandia, Irlandia, Łotwa, Litwa, Luksemburg, Holandia, Norwegia, Portugalia, Rumunia, Słowacja, Szwecja, Szwajcaria, Turcja
Jednak w Turcji przygotowywane są zmiany legislacyjne, które umożliwią rozwój umiejętności w rehabilitacji w schorzeniach narządu ruchu dla specjalistów ortopedii i reumatologii.

Przedstawiciele Austrii, Niemiec, Włoch, Wielkiej Brytanii w dowolnych komentarzach podkreślili, że elementarne umiejętności w rehabilitacji zawarte są w podstawowych programach innych specjalności (kardiologia, Pulmonologia, Choroby Wewnętrzne, Reumatologia, Neurologia)

Przedstawiciele Włoch, Wielkiej Brytanii, Słowacji i Portugalii w dowolnych komentarzach podali, że w praktyce kierownikami ośrodków rehabilitacyjnych bywają specjaliści spoza rehabilitacji, np. specjaliści ortopedii i neurologii (poradnia rehabilitacyjna), specjaliści kardiologii (oddział rehabilitacji kardiologicznej), specjaliści pulmonologii (oddział rehabilitacji pulmonologicznej), oddziały, pododdziały rehabilitacji narządu ruchu (specjaliści ortopedii, geriatry, w Wlk. Brytanii także medycyny sportu), oddziały rehabilitacji neurologicznej (specjaliści neurologii, w Wlk. Brytanii także geriatry). W Słowacji oddziały rehabilitacji kardiologicznej prowadzone są przez kardiologów. W Portugalii rozwiązania takie przyjmowane są w ośrodkach nie finansowanych przez narodowy system opieki zdrowotnej.

Nie uzyskano odpowiedzi z **Chorwacji, Danii, Malty, Czarnogóry, Serbii.**

8. Bardzo korzystne stało się uznanie rehabilitacji medycznej za specjalność priorytetową. I tu wyrażam jeszcze raz wdzięczność Ministerstwu Zdrowia za tę słuszną decyzję, a przede wszystkim już nie pracującemu Panu Dyrektorowi prof. Danielewiczowi.
9. W dniu 8 czerwca 2010 uczestniczyłem w posiedzeniu Komisji Zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej VI Kadencji w które to zostałem zaproszony. Z uwagą wysłuchałem opinii Posłów w kwestii przedstawianego materiału. Niestety nie mogłem zabrać głosu w trakcie dyskusji, która się toczyła po przedstawieniu materiałów przez pracowników naukowych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego. Sprawą podstawową do której chcę się odnieść jest brak problematyki rehabilitacji w Narodowym Programie Zdrowia. Pragnę przypomnieć, że rehabilitacja medyczna jest integralną częścią leczenia podstawowego ale także profilaktyki chorób i niepełnosprawności. W raporcie NPZ powoływano się na teorię Marc Lalonde'a, według której uwarunkowania genetyczne, środowiskowe, styl życia mają decydujące znaczenie dla stanu zdrowia, a tylko w 20% wpływu na poziom zdrowia obywateli ma stan służby zdrowia. W tym kontekście należy zauważyć, że

właśnie rehabilitacja poza aspektem medycznym obejmuje zagadnienia społeczne i zawodowe obywatela. Na bazie placówek rehabilitacji, wykorzystanie profesjonalizmu pracowników medycznych pracujących na rzecz rehabilitacji można realizować postulaty dotyczące stylu życia i warunków środowiskowych, które zasadniczo decydują o profilaktyce przed chorobami i zdrowiu człowieka. W Narodowym Programie Zdrowia określano stan zdrowia społecznego przez pryzmat umieralności, chorobowości i ośrodków aktywizujących sprawność fizyczną człowieka. Zwrócono uwagę na starzenie się naszego społeczeństwa, jednak pomięto ocenę jakości życia ludzi mieszkających w Polsce.

Oceną jakości życia zajmują się między innymi lekarze specjaliści w rehabilitacji medycznej. Wzrost urazowości, starzenie się społeczeństwa ale i postęp medycyny umożliwiający ratowanie życia w okresie prenatalnym, zwiększający przeżywalność dzieci rodzących się z wadami i zaburzeniami rozwojowymi, a także osób po ciężkich urazach stawiają nowe wyzwania przed współczesną rehabilitacją. Trzeba pamiętać, że Polska może poszczycić się dobrą tradycją, którą zawdzięczamy Polskiej Szkole Rehabilitacji z lat 1970 – 1990. Nie można mówić o Narodowym Programie Zdrowia nie poruszając tych zagadnień. Uważam, że nie można konstruować systemowych rozwiązań dotyczących profilaktyki i leczenia pomijając rolę kompleksowej rehabilitacji w realizacji tych zadań.

Po posiedzeniu zwróciłem się do Przewodniczącego Komisji Zdrowia Posła Piechy z prośbą o weryfikację realizowanego Narodowego Programu Zdrowia, lub wyjście Sejmowej Komisji Zdrowia z inicjatywą zbudowania Narodowego Programu Rehabilitacji, który uwzględniłby wszystkie wspomniane wyżej postulaty. Nie otrzymałem odpowiedzi na wysłany list w czerwcu 2010 roku.

10. Specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej musi w swej codziennej praktyce mieć warunki posługiwania się badaniem klinicznym ogólnolekarskim, podstawą badania kardiologicznego, pulmonologicznego, neurologicznego i ortopedycznego, a także móc mieć swobodę w zlecaniu badań dodatkowych w tym przede wszystkim badań obrazowych radiologicznych, nmr, usg, elektrofizjologii, elektroneurodiagnostyki, wykonywania i interpretacji testów wydolnościowych i innych. Bardzo ważnym elementem diagnostycznym w

rehabilitacji jest ocena stanu funkcjonalnego chorego. Tak jak w każdej innej specjalności, specjalista rehabilitacji musi realizować proces diagnostyczno-leczniczy. Konieczność weryfikacji rozpoznania, ocena funkcjonalna chorego tworzy pewne trudności, które musi zrozumieć płatnik, wyznaczając poziom świadczenia usług, musi być dostrzegany też przez system w ochronie zdrowia. Niedoścignienie finansowe powodują, że rehabilitacja nie cieszy się zbyt dużą popularnością wśród lekarzy. W kilku województwach są niewykorzystywane miejsca rezydenckie dla specjalizujących się. Egzaminu państwowego specjalizującego nie zdaje od wielu lat około 30-40% przystępujących do niego.

Rehabilitacja finansowana jest przez NFZ jako wydzielony „produkt medyczny”. Wydaje się to słuszną koncepcją, ale przy założeniu, że jest to podstawowa specjalność lecznicza i podlega takim samym prawom i obowiązkom jak każda inna procedura medyczna realizowana w publicznych i niepublicznych zespołach opieki zdrowotnej.

2. Dostępność do świadczeń zdrowotnych

Dostępność do rehabilitacji jest ograniczona, co wynika z niedoborów łóżek specjalistycznych, niewystarczającego szacowania kosztów leczenia w dziedzinie jaką jest rehabilitacja, ograniczania ilości procedur w rehabilitacji oraz niedoboru personelu fachowego. Obserwuje się brak stałych, jednakowych wymogów stawianych przez jedyne górnictwo, jakim jest NFZ. Nadal zmieniane są wymogi stawiane przez NFZ dotyczące wyposażenia, kadry w placówkach rehabilitacyjnych. Ta niestabilność organizacyjna i finansowa powoduje, że zarówno publiczne, jak i przede wszystkim niepubliczne ZOZ-y nie mogą budować długofalowych programów działania. Niestabilność finansowa polega na zmianie zasad finansowania, gwałtownym obniżaniu wartości złotówkowej niektórych procedur w rehabilitacji. Dostępność do rehabilitacji ograniczają też skierowania na zabiegi fizykalne przez wszystkich lekarzy. Większość chorych ze zleceniem fizykoterapii nie ma weryfikującej wizyty u specjalisty rehabilitacji medycznej.

Olbrzymimi nieprawidłowościami jest oczekiwanie chorego na realizację kompleksowego leczenia usprawniającego po wizycie u lekarza specjalisty

rehabilitacji medycznej w warunkach ambulatoryjnych. Można przyjąć, że średni okres oczekiwania na realizację leczenia po wizycie lekarskiej w przychodni rehabilitacyjnej jest około 2 miesięcy. Kolejną zdarzającą się nieprawidłowością jest realizowanie fizykoterapii przez okres kilku tygodni, a to dlatego, że trudna jest dostępność do poszczególnych zabiegów i tak chory ma realizowane zabiegi pierwszej zleconej fizykoterapii, następnie zabieg drugi, trzeci itd. Wprowadzenie podstawowych zasad organizacyjnych, jak choćby proponowanych wytycznych, budowanie programów terapeutycznych, pozwoli na poprawę sytuacji w rehabilitacji medycznej.

3. Prognoza zapotrzebowania na usługi zdrowotne w rehabilitacji

Zapotrzebowanie na rehabilitację wykazuje stałą tendencję wzrostową, co wiąże się z właściwym zrozumieniem rehabilitacji przez fachowy personel medyczny, stałym wzrostem ilości wypadków urazowych, wzrostem zachorowalności na niektóre choroby, głównie kardiologiczne, neurologiczne, pulmonologiczne i onkologiczne, stałym wzrostem potrzeb osób w wieku podeszłym. Obserwowany jest stały wzrost ilości dzieci z rozpoznawalnym stopniem ryzyka okołoporodowego, zwłaszcza ryzyka wystąpienia zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego. Dlatego należy spodziewać się wzrostu potrzeb w zakresie ilości świadczeń w rehabilitacji stacjonarnej, oddziałów dziennych, ambulatoryjnej i domowej. Szczególnie starannie powinna być rozwijana rehabilitacja w warunkach domowych. Dla tej rehabilitacji powinny powstawać szczegółowe programy i wytyczne.

System rehabilitacji medycznej, lekarz specjalista w rehabilitacji medycznej nie jest wykorzystywany w diagnozowaniu i leczeniu chorych z pewną grupą schorzeń narządu ruchu, myślę tu głównie o chorobie zwyrodnieniowej stawów, a także zespołach chorobowych kręgosłupa. Chorzy z chorobami kręgosłupa (dyskopatie, ischialgie, osteoporoza, fibromiaglie, itd.) diagnozowani i leczeni są w Polsce głównie przez neurologów (oczywiście obok lekarza rodzinnego). Moim zdaniem jest to błędna zasada, gdyż lekarz specjalista rehabilitacji w sposób kompetentny może zdiagnozować takiego chorego i wdrożyć mu właściwe leczenie, zwłaszcza, że 80% tych chorych wymaga w okresie wczesnym leczenia zachowawczego.

Oddzielnym tematem jest rozwój rehabilitacji skierowanej dla osób z niepełnosprawnościami. Brak jest programów długofalowej opieki nad osobami z niepełnosprawnościami. Powinno tworzyć się zespoły eksperckie do budowania programu długofalowej opieki przede wszystkim nad osobami po udarach mózgu, po urazie rdzenia kręgowego, z zaburzeniami intelektualnymi różnego stopnia, trwałymi dysfunkcjami narządu ruchu po ciężkich urazach lub przebytych chorobach, zwłaszcza onkologicznych, przewlekle chorych kardiologicznie i ze schorzeniami układu oddechowego (astma, mukowiscydoza, POCHP). Programy te muszą być tworzone przez grupy interdyscyplinarne, w których w skład wchodzi lekarz specjalista rehabilitacji (kierownik zespołu, gdyż program dotyczy rehabilitacji), fizjoterapeuta, lekarz specjalista innej dziedziny, pracownik socjalny, psycholog i inny specjalista w zależności od problematyki klinicznej (np. logopeda dla grupy chorych z zaburzeniami mowy).

Rehabilitacja staje się potrzebą naszych czasów i dlatego powinna zostać objęta Programem Narodowym.

4, 5, 6, 7, 8,9. Dane liczby osób realizujących szkolenie specjalizacyjne oraz planowane miejsca dla odbycia specjalizacji, realizacji programu specjalizacyjnego. Ilość łóżek.

<i>Województwo</i>	<i>Liczba specjalistów</i>	<i>Liczba osób szkolących się</i>	<i>Ilość wolnych miejsc</i>	<i>Ilość łóżek rehabilitacyjnych RAZEM</i>	<i>Ilość łóżek rehabilitacyjnych dzieci</i>	<i>Ilość łóżek rehabilitacyjnych Narządu ruchu</i>	Rehabilitacja kardiologiczna	Rehabilitacja neurologiczna
Lubelskie	30 nowy tryb 24 II ^o 6 I ^o Ogółem 60	25	14					
Mazowieckie	38 nowy tryb 126 II ^o 20 I ^o	100		921	172	138		
Kujawsko-pomorskie	75	16	4					
Śląskie	20 nowy tryb 123 II ^o	49 w tym 24 rezydentury	27	2456	463	1070	261	160+130 /paraplegia/
Łódzkie	21 nowy tryb 12 I ^o 72 II ^o			685, w tym 38 łóżek rehabilitacji psychiatrycznej	144		142	17
Podkarpackie	59 specjalistów	9		431		365		66
Wielkopolskie	10 nowy tryb 46 II ^o 7 I ^o			2439				

Opolskie	35	11		375	60	12	106	197
Świętokrzyskie	4 nowy tryb 32 II° 2 I°	11		440	139	291	0	10
Małopolskie	13 nowy tryb 62 II° 13 I°	33		1255	30	992	100	18
Podlaskie	10 nowy tryb 35 II° 6 I°	15	5	281	5			20
Zachodniopomorskie	23 nowy tryb 38 II° 20 I°			585		445 (+64 łóżka rehabili- tacji psychia- trycznej)	16	60
Warmińsko- Mazurskie	54	24	6	661				

Powyższe dane są niepełne, gdyż nie uwzględniają województw, z których nie otrzymałem zwrotnych odpowiedzi. Z poszczególnych województw otrzymywałem też niepełne informacje.

Nie otrzymałem pełnych danych dotyczących ilości specjalistów w rehabilitacji medycznej. W piśmie z dn. 9.09.2010 roku wystąpiłem do Prezesa NRL dr n. med. Macieja Hamankiewicza z prośbą o podanie:

1. Ilu jest lekarzy zarejestrowanych w Izbach Lekarskich ze specjalizacją II° w: rehabilitacji medycznej, rehabilitacji narządu ruchu, rehabilitacji ogólnej?
2. Ilu jest lekarzy zarejestrowanych w Izbach Lekarskich ze specjalizacją I° w: rehabilitacji narządu ruchu, rehabilitacji ogólnej?
3. Ilu jest lekarzy zarejestrowanych w Izbach Lekarskich ze specjalizacją w rehabilitacji medycznej, rehabilitacji narządu ruchu, rehabilitacji ogólnej, którzy posiadają też inną specjalizację i jaką?
4. Ilu jest lekarzy zarejestrowanych w Izbach Lekarskich ze specjalizacją w: balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej?
5. Ilu lekarzy ze specjalizacją w rehabilitacji medycznej złożyło dokumenty pozwalające na wyjazd do pracy za granicą w zawodzie lekarza?

Do chwili obecnej nie otrzymałem w tej sprawie żadnej odpowiedzi. Nie wiem, czy NRL nie potrafi odpowiedzieć na powyższe pytania, czy pytania te zadane przeze mnie jako Konsultanta Krajowego łamią prawo, i nie mogłem uzyskać na nie odpowiedzi, czy też zaszły inne okoliczności braku odpowiedzi.

W związku z likwidacją Centrum Rehabilitacji STOCER im prof. Mariana Weissa w Konstancinie i likwidacją Kliniki Rehabilitacji WUM w STOCER utracono akredytację na specjalizację. Wiadomo mi, że Konsultant Wojewódzki dla Mazowsza wystąpił o akredytację dla Mazowieckiego Centrum Rehabilitacji w Konstancinie Sp z oo. Akredytacja powinna zostać udzielona, ale dla właściwej ilości miejsc akredytacyjnych, gdyż w Mazowieckim Centrum Rehabilitacji powołano jeden oddział rehabilitacji dorosłych i 1 rehabilitacji dzieci. Z Centrum Rehabilitacji odeszło kilku specjalistów rehabilitacji medycznej. W przypadku braku Kliniki Rehabilitacji na terenie STOCER oraz likwidacji Centrum Rehabilitacji zniknął bezpowrotnie jeden z ośrodków wysokospecjalizacyjnych wymienionych w Programie specjalizacyjnym w rehabilitacji medycznej oraz CMKP.

10. Ostatni egzamin specjalizacyjny odbył się w Klinice Rehabilitacji WUM i Centrum Rehabilitacji im Prof. Mariana Weissa, w Konstancinie w dniach 11-12 kwiecień 2011. Wstępnie do egzaminów zgłosiło się i zakwalifikowano 56 osób, a ostatecznie do egzaminów przystąpiło 44 osoby. Test zdało 33 osób (75%), egzamin praktyczny 32 osoby, egzamin ustny zdało 31 osób. Jedna osoba nie przystąpiła do egzaminu praktycznego i jedna osoba nie zdała egzaminu ustnego. Kolejny egzamin specjalizacyjny z rehabilitacji medycznej w sesji jesiennej zaplanuje nowy Konsultant.

11 Realizacja innych zadań konsultanta

a) Sprawy związane ze szkoleniem podyplomowym:

- wraz z zespołem Kliniki Rehabilitacji WUM i Centrum Rehabilitacji w Konstancinie zorganizowałem i zrealizowałem kurs podstawowy w zakresie rehabilitacji medycznej, oraz uczestniczyłem w kursie atestacyjnym i kursie z zakresu zaopatrzenia ortopedycznego.
- zorganizowałem i uczestniczyłem w egzaminie państwowym z rehabilitacji medycznej w terminie 11 – 12 kwietnia 2011r.
- przewodniczyłem Zespołowi Ekspertów (CMKP), rozpatrującemu wnioski o skrócenie szkolenia specjalizacyjnego.
- wydałem kilka opinii o możliwości wcześniejszego złożenia dokumentacji specjalizacyjnej do Centrów Zdrowia Publicznego.

- uczestniczyłem w sympozjach naukowych Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji, Sympozjum Interdyscyplinarnym organizowanym przez MedPress pod patronatem Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji i Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego.

Największym wydarzeniem naukowym w roku 2010 w dziedzinie rehabilitacji był zorganizowany we wrześniu VII Międzynarodowy Kongres w Łodzi „Cywilizacyjne uwarunkowania kierunków rozwoju rehabilitacji medycznej”. Wygłosiłem tam w Sesji Plenarnej wykład „Leczenie usprawniające chorych po urazie kręgosłupa powikłanym zaburzeniami neurologicznymi” oraz w sesji poświęconej zagadnieniom geriatry wykład na zaproszenie pt. „Podstawy rehabilitacji pacjentów w wieku starszym”

Podczas Kongresu w Łodzi odbyło się moje spotkanie z Konsultantami Wojewódzkimi, na spotkanie przybyło też liczne grono uczestników Kongresu. Odpowiadałem tam na liczne pytania oraz wsłuchiwałem się w problemy środowiska lekarzy i fizjoterapeutów.

Uczestniczyłem w licznych sympozjach, kilka z nich odbyło się pod moim patronatem, lub przewodnictwem. Między innymi w dnach 26-28 maja 2011 przewodniczyłem I Międzynarodowemu Kongresowi Instytutu McKenziego Polska z okazji 15-lecia Instytutu. Wygłosiłem tam, na zaproszenie wykład „Wczesne wyniki kompleksowego leczenia operacyjnego i usprawniającego chorych z objawami dyskopatii w odcinku lędźwiowym z wykorzystaniem metody McKenziego w okresie pooperacyjnym”. W okresie od 12 do 16 czerwca 2011 uczestniczyłem w VI Światowym Kongresie „Udział Nowych Technologii w oczekiwaniu lepszej przyszłości rehabilitacji (*Share New Paths: Towards a Better Future with Rehabilitation*)”. ISPRM w Jan Juan na Puerto Rico (współudział w dwóch wystąpieniach).

Wygłaszałem lub byłem współautorem wielu innych odczytów.

b) Wizytacje ośrodków:

- wizytowałem w dniu 3-4 marzec 2011 roku na zaproszenie ośrodków: Wojewódzki Szpital nr 2 w Rzeszowie oraz Instytut Fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego z okazji III Międzynarodowych Dni Rehabilitacji. Wygłosiłem tam odczyt nt. „Problemy w leczeniu chorych z przerzutami nowotworowymi do kręgosłupa”.

c) Opinie dotyczące problemów leczniczych:

- wydałem opinię i wnosiłem szereg poprawek w projektach rozporządzeń – większość z nich z nich nie została uwzględniona lub nie znam losu wniesionych poprawek.

- kilkakrotnie wydawałem opinie dla potrzeb Agencji Oceny Technologii Medycznej.

- wydałem negatywną opinię w sprawie leczenia poza granicami Kraju osób z obrzękiem limfatycznym, a kierowałem te osoby do Centrum Rehabilitacji w Ustroniu.,

W dniu 24 września 2010 roku w Łodzi w trakcie VII Kongresu odbyło się zebranie z Konsultantami Wojewódzkimi do spraw rehabilitacji medycznej. W spotkaniu uczestniczyli zaproszeni goście uczestnicy Kongresu.

- d) Uczestniczę w zebraniach Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji, gdzie przedstawiam aktualne problemy w rehabilitacji medycznej, oraz wysłuchuję dyskusji na jej temat. W spotkaniach uczestniczy większość konsultantów wojewódzkich. W Zarządzie pełnię funkcję wiceprezesa Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji.
- e) W obliczu nadchodzących zmian organizacyjnych w zakresie kształcenia dla kierunków lekarskich, a także w związku z ogłoszeniem wytycznych edukacji przeddyplomowej w rehabilitacji przez Union of European Medical Specialists (przedstawicielstwo specjalistycznych organizacji medycznych podlegające Radzie Europy) przedstawiłem propozycję programu dydaktycznego dla studentów szóstego roku wydziałów lekarskich w zakresie przedmiotu Rehabilitacja Medyczna. Tak jak w innych specjalnościach podstawowych i w rehabilitacji kształcenie muszą gwarantować specjaliści w rehabilitacji medycznej i to kształcenie powinno odbywać się w jednostkach realizujących rehabilitację medyczną. Poniżej przedstawiam zakres tematyczny kształcenia przeddyplomowego w zakresie rehabilitacji medycznej.

Propozycje Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej w zakresie Programu dydaktycznego w rehabilitacji medycznej dla studentów VI roku Wydziałów Lekarskich

Na podstawie wytycznych Section and Board of UEMS – PRM (Union of European Specialists in Physical and Rehabilitation Medicine).

Zajęcia z rehabilitacji medycznej realizowane są w trakcie VI roku kształcenia na kierunkach lekarskich. Zajęcia obejmują co najmniej 10 godzin wykładowych i 20 godz. praktycznych.

Tematyka zajęć:

Rehabilitacja– zagadnienia podstawowe:

- a) historia, definicje i omówienie podstaw rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej, zmiany w koncepcjach realizacji procesu kompleksowej rehabilitacji, cele i metodyka, zadania i zakres kompetencji członków zespołu rehabilitacyjnego, Polska Szkoła Rehabilitacji, White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe, aktualne wytyczne organizacji i realizacji kompleksowej rehabilitacji
- b) koncepcja WHO-ICF (WHO-International Classification of Functioning), narzędzia oceny funkcjonalnej
- c) badania naukowe w rehabilitacji
- d) podstawy praktycznej biomechaniki
- e) podstawy kinezyterapii i fizykoterapii
- f) epidemiologia i podstawowa problematyka osób z niepełnosprawnością.

2. Ocena kliniczna dla potrzeb rehabilitacji:

- a) badanie kliniczne i narzędzia oceny funkcjonalnej
- b) umiejętność weryfikacji rozpoznania klinicznego, jego uzupełnienie
- c) ocena kinezylogiczna, statyka i dynamika układu ruchu, czynnościowa ocena układu krążenia i oddechowego, ocena neuropsychologiczna, psychospołeczna

3. Interwencje terapeutyczne w rehabilitacji medycznej:

- a) program leczenia kompleksowego
- b) leczenie zachowawcze, farmakoterapia, fizykoterapia, kinezyterapia, podstawy terapeutycznych technik autorskich wykorzystywanych w rehabilitacji, zapoznanie z technikami ostrzyknięć, elektrostymulacja funkcjonalna, biofeedback, edukacja, podstawy ergonomii
- c) podstawy zaopatrzenia rehabilitacyjnego (ortotyka, protetyka, technologie wspomagania funkcji)
- d) interwencja psychologiczna w rehabilitacji
- e) rehabilitacja środowiskowa, zawodowa

- f) specyfika rehabilitacji kardiologicznej i pulmonologicznej
4. Kompleksowa rehabilitacja w wybranych stanach klinicznych
- a) dysfunkcje kończyn górnych (urazy i ich powikłania, zmiany zwyrodnieniowe, uszkodzenia nerwów obwodowych, deformacje neurogenne, amputacje)
 - b) dysfunkcje kończyn dolnych (urazy i ich powikłania, zmiany zwyrodnieniowe, uszkodzenia nerwów obwodowych, deformacje neurogenne, amputacje)
 - c) dysfunkcje kręgosłupa (patofizjologia, diagnostyka, różnicowanie, algorytm postępowania)
 - d) wady postawy
 - e) po udarze mózgu
 - f) po urazie mózgowia
 - g) po uszkodzeniu rdzenia kręgowego
 - h) postępujące schorzenia układu nerwowego (np. choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane)
 - i) w wieku podeszłym
 - j) osteoporoza
 - k) dziecko ryzyka i z niepełnosprawnością
 - l) choroba nowotworowa
 - m) oparzenia
 - n) ból przewlekły
 - o) schorzenia kardiologiczne w fazie ostrej, podostrej i przewlekłej
 - p) schorzenia układu oddechowego w fazie ostrej, podostrej i przewlekłej

Umiejętności nabywane w trakcie ćwiczeń praktycznych realizowanych w oddziale rehabilitacji:

1. Wykorzystanie praktyczne zdobytej umiejętności z zakresu badania ogólnego, ortopedycznego i neurologicznego ze szczególnym uwzględnieniem oceny układu ruchu wraz z funkcją układu nerwowego (ruchomość bierna i czynna, napięcie mięśniowe, ocena czucia, bólu, zespołów dynamicznych, odruchów ścięgnistych i okostnowych, elementy badania funkcjonalnego z wykorzystaniem podstawowych narzędzi oceny).
2. Absolwent zna i rozumie ocenę stanu funkcjonalnego człowieka.

3. Absolwent opanował umiejętność ocen rokowań w rehabilitacji.
4. Zrozumienie wskazań i przeciwwskazań do interwencji z zakresu rehabilitacji.
5. Monitorowanie wyników rehabilitacji realizowanej w warunkach stacjonarnych.
6. Zrozumienie wykorzystania interwencji socjalnej i psychologicznej w procesie leczenia.
7. Znajomość i zrozumienie przyczyn, epidemiologii, specyfiki problemów osób z niepełnosprawnością.

Minimum programowe:

10 godzin wykładowych*)

20 godzin praktycznych*)

*) Zgodnie z wytycznymi European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (Union of European Medical Specialists) ogłoszonymi w 2010 roku, program nauczania rehabilitacji studentów medycyny obejmuje 15 wykładów i 3 tygodnie zajęć praktycznych w oddziale rehabilitacji

WNIOSKI:

1. Należy rycie wprowadzić opracowane przeze mnie standardy w zakresie organizacji rehabilitacji medycznej. W przypadku braku możliwości wprowadzenia standardów w tym zakresie, Ministerstwo powinno propagować wytyczne i prowadzić monitoring systemu ochrony zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem funkcjonowania rehabilitacji medycznej.
2. Należy zweryfikować funkcjonowanie specjalisty rehabilitacji medycznej w systemie specjalistycznej ochrony zdrowia.
3. Należy zweryfikować finansowanie rehabilitacji medycznej.