



OD NEMOCI KE ZDRAVÍ

REHABILITACE POMÁHÁ S NÁVRATEM DO BĚŽNÉHO ŽIVOTA

(2. ČÁST)

Oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny Ústřední vojenské nemocnice, kterému nejen pacienti říkají zkráceně Rehabilitace, bylo založeno v r. 1945 jako Oddělení fyzikální léčby. V 50. letech bylo přejmenováno na Oddělení fyziatrie a revmatologie, koncem 60. let na Oddělení fyziatrie a léčebné rehabilitace a od počátku třetího tisíciletí je používán současný název. Oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny je součástí Komplexního cerebrovaskulárního centra a Traumacentra ÚVN. Od roku 2007 je primářem oddělení MUDr. Michal Říha, Ph.D., MBA.

Pane primáři, minule jsme hovořili o McKenzieho MDT konceptu, který jste standardně zavedli jako jedno z prvních pracovišť v naší republice. Jaké další metody používáte při rehabilitačních výkonech? Metod v rehabilitaci je celá řada. Vedle McKenzieho konceptu užíváme u pacientů s neurologickými a ortopedickými diagnózami i další koncepty založené na neurofyzilogickém podkladě.

Do komplexní rehabilitační péče patří nejen léčba onemocnění pohybového aparátu, ale také poruchy centrální nervové soustavy, které mohou mít kromě hybných deficitů další různé projevy - například narušenou komunikační schopnost, orientaci, paměť atd. Neurorehabilitace je v posledních letech celosvětově často užívaným termínem pro ucelenou léčbu pacientů s takto kombinovaným neurologickým postižením.

Ale zpět k Vaší otázce – vezměme rehabilitační metody po jednotlivých odbornostech. Logoped diagnostikuje a léčí poruchy řeči, ale také poruchy polykání a s tím spojené problémy s příjmem potravy. Ergoterapeut vyhodnocuje celkově pacientův handicap i ve vztahu k reálnému prostředí. Cíleně se zabývá terapií jemné motoriky ruky, nácvikem běžných denních aktivit. Vytipovává vhodné pomůcky i pro přesuny a dovednosti s pacienty, případně s příbuznými trénuje.

Fyzioterapeut diagnostikuje a léčí zejména funkční poruchy pohybové a nervosvalové soustavy. Metody fyzioterapie lze rozdělit

na aktivní postupy v rámci pohybové terapie a pasivní procedury. V rámci pasivních procedur využíváme metody fyzikální terapie – elektro a vodoléčbu, mechanoterapii atd. V týmu máme i zkušeného maséra na klasickou zdravotní masáž.

Jsem zastáncem trendu aktivního přístupu a spolupráce s pacientem, kdy základem léčby je pohybová aktivita a pokud to stav vyžaduje, je doplněna některou pasivní technikou.

Z toho, co říkáte je nesporné, že rehabilitace je týmovou záležitostí. Jaký je systém vzdělávání jednotlivých odborností?

V nelékařských profesích došlo v minulých letech k tak dramatickým změnám v systému vzdělávání, že nyní sice mají všichni noví absolventi vysokou školu, ale bohužel s nedostatkem praktických zkušeností. Navíc koncepty a metodiky, které jsou nezbytné, jsou předmětem až následného vzdělávání v certifikovaných kurzech.

U lékařů je jistá záruka, že po šesti letech studia a dalších zpravidla pěti letech přípravy k atestaci prací na různých odborných odděleních nemocnice (včetně prokazatelného počtu zákroků dle specializace) jsou po složení vlastní náročné atestační zkoušky připraveni k výkonu činnosti bez odborného dohledu.

Tato nevyváženost je zářející v momentě, kdy legislativa pro obě profesní skupiny stanovuje do jisté míry podobný rozsah kompetencí, ale nikoliv už odpovědnosti. Někdy tak vzniká naprosto zbytečná riva-

lita. Naopak v nemocničním prostředí naši pacienti profitují ze vzájemné spolupráce. Považuji rehabilitaci za typicky týmovou záležitost a snažím se v tomto duchu apelovat i na své studenty a spolupracovníky. Jsem pevně přesvědčen, že odborná úroveň rehabilitační medicíny je u nás na vynikající úrovni. Četné odborné konference a semináře jsou dokladem toho, že jsme schopni vést korektní akademické debaty. Svědčí o tom i velký zájem o námi pořádanou každoroční odbornou konferenci s názvem „Střešovický podzim“.

Minule jsme mluvili o pacientech po mozkové příhodě a léčbě tzv. spasticity...

V našem případě se jedná zejména o dospělé pacienty po získaném poškození mozku – nejčastěji cévní mozkové příhodě (CMP). Máme jako komplexní cerebrovaskulární centrum dokonale zorganizovaný nejen systém akutní péče, ale i systém dalšího sledování pacientů po CMP, abychom ve všech fázích vývoje postižení zasáhli adekvátní rehabilitační léčbou. Nejdůležitější je časná aktivizace pacienta od prvního dne po prodělané příhodě, případně správné polohování u těžce postižených osob. Zde je prostor pro metody léčebné tělesné výchovy založené na neurofyzilogickém podkladě. Dále je důležité včasné zachycení rozvoje spasticity (nadměrným napětím svalů způsobené omezení pohybu), protože zde je nutný specifický analytický přístup. S vynikajícími výsledky používáme koncept prof. Graciese. Jsou testovány postižené svalové skupiny,

kteří vyžadují cílené dlouhodobé a progresivní protahování, případně doplněné o nitrosvalovou aplikaci botulotoxinu typu A. Jedná se o zdaleka nejbezpečnější a nejúčinnější metodu léčby, bohužel, poměrně nákladnou. Následuje aktivní cvičení tzv. opakovanými rychlými pohyby a další aerobní a běžné denní aktivity. Efektivní je i „CI terapie“, metoda založená na vynuceném zapojení postižených končetin omezením používání těch zdravých.

Rehabilitace v tomto pojetí je obrovská dřina pro pacienta i terapeuta. Péče o pacienty po mozkové příhodě je typickou ukázkou multiprofesionální komplexní péče - neurorehabilitace.

Zmínil jste se o finanční náročnosti léčby. Jsou rehabilitační zákroky hrazeny z nemocenského pojištění, nebo si je musí pacienti platit sami?

Nechci čtenáře zatěžovat podrobnostmi o některých bizarnostech financování českého zdravotnictví. Rehabilitace je toho smutným příkladem. Úhrady za zdravotní péči nereflktují finanční náročnost léčby dle závažnosti stavu pacienta. Veřejnost by měla mít alespoň rámcovou představu. I laikovi je přece jasné, že rekonvalescence po plánované ortopedické operaci bude jistě snazší než u pacienta s přidruženými chorobami a těžkým postižením po mozkové příhodě.

Některé standardně prováděné úkony jsou ze strany pojišťovny hrazeny jen s určitým limitem. Například omezený počet vodoléčebných procedur v ambulantním provozu nebo limity na celkový objem vykázané péče u hospitalizovaných pacientů. Pojišťovna nehradí klasickou masáž, akupunkturu, manuální lymfodrenáž a některé moderní přístroje fyzikální terapie - vysokovýkonný laser, rázovou vlnu, deep oscilation a další. Samostatnou položkou jsou potom samoplátci u preventivní péče nebo cizinci.

Jsou v úhradách rehabilitačních výkonů u jednotlivých zdravotních pojišťoven rozdíly?



Konference Sřešovický podzim 2014, zleva: Susan Mercer, Fakulta zdravotnických studií, Universita Newcastle, Austrálie; Eva Nováková, McKenzie Institut ČR; Annie O'Connor, Rehabilitační institut Chicago, USA; prim. Michal Říha.

Jsme součástí velké spádové nemocnice, která má smlouvy se všemi zdravotními pojišťovnami. Zásadní rozdíly zde nejsou. Z pohledu úhrad rehabilitační péče je rozhodující velmi, ale opravdu velmi pečlivě vedení zdravotnické dokumentace tak, aby zápis svým rozsahem odpovídal provedenému výkonu a vykázanému příslušnému kódu pro pojišťovnu. V tomto ohledu je naše práce náročnější i vzhledem k používanému nemocničnímu informačnímu systému a platným vnitroustavním standardům. Jako vedoucí pracovník považuji za svoji prvořadou povinnost vytvořit kolegům standardní podmínky včetně nastavení a vyhodnocování kontrolních mechanismů.

Kolik pacientů ročně projde vaším oddělením? Kolik z tohoto počtu ambulancí a kolik lůžkovým oddělením?

Pečujeme o pacienty nejen v naší ambulanci nebo na rehabilitačním lůžku, ale také na ostatních odděleních nemocnice. Řádově jsou to desítky tisíc kontaktů ročně v ambulanci, lůžkovou rehabilitací projde téměř pět stovek pacientů akutních, o něco méně je to u následné rehabilitační péče.

Jako velké spádové zdravotnické zařízení jsme vystaveni velkému náporu a počtu pacientů. Naší snahou je poskytnout rehabilitační péči všem potřebným v adekvátním rozsahu. U pacientů hospitalizovaných je podmínkou kategorizace pacientů dle toho, zda vyžadují specifické rehabilitační postupy nebo se jedná o obecnou aktivizaci. U ambulantních pacientů máme zaveden systém triage, kdy prioritu mají akutní stavy. Přesto se stane, že nejsme schopni uspokojit všechny, kteří by měli zájem být u nás léčeni, zejména pokud přicházejí z jiných zařízení. Pacienty proto odkazujeme na ambulantní pracoviště, kterých je v Praze 6 velký počet.

Jakým počtem lůžek disponujete?

Máme 27 akutních rehabilitačních lůžek, kde jsou pacienti léčeni intenzivně po operacích, úrazech nebo s neurologickým onemocněním. Dále máme oddělení následné

péče se 14 lůžky pro následnou rehabilitaci, která mají stejný statut jako například rehabilitační ústava a slouží k doléčení pacientů. Disponujeme také 14 lůžky následné ošetřovatelské péče, která jsou podobně jako oddělení LDN určena pro pacienty, kteří ještě před předáním do domácího prostředí nebo jiného zařízení vyžadují zdravotnickou péči.

Naší snahou je, aby se každému potřebnému pacientovi dostalo adekvátní péče. Máme vypracovaný systém aktivního vytipování pacientů a dle toho plánujeme rehabilitační péči včetně výběru k překladu z jiných oddělení. Poptávka je obrovská a jedinou šancí je odpovědné komisionální rozhodování.

Bojujete s nedostatkem personálu?

Ano, to je asi největší problém našeho oboru a týká se opravdu všech profesí.

Začneme u lékařů. Během studia získají pouze minimální povědomost o oboru rehabilitační a fyzikální medicíny, takže většina jich v něm našla zalíbení buď až v průběhu výkonu praxe, nebo zde dokonce našli své uplatnění zistně... Není tajemstvím, že za poslední roky jenom v Praze vzniklo několik nestátních zdravotnických zařízení. Nabízí se otázka, nakolik jsou privátní zařízení nezbytná pro systém jako takový. Pravdou je, že svoji cílovou klientelu mají. Pojišťovna učinila naprosto pochopitelně regulační opatření zabraňující tomu, aby lékař pracující v nemocnici byl zároveň garantem nebo dokonce fyzicky vykonával činnost v několika jiných zařízeních. Reálně tak ale vznikl nedostatek atestovaných lékařů, konkrétně několik našich odchovanců zastává dnes vedoucí pozice jinde.

Podobně to je u fyzioterapeutů, kteří se navíc během studia nevyprofilovali pro náročnou práci s nemocnými a necítí se doceněni. Logopedů a ergoterapeutů je na trhu pomálu obecně. Jejich potřeba například v naší nemocnici vznikla až se zahájením provozu rehabilitačních lůžek.

Se smíšenými pocity tak mohu konstatovat, že na většině rehabilitací v regionu pracují naši bývalí zaměstnanci, nebo alespoň studenti. Značka ÚVN v curricula vitae má prostě váhu a je zárukou kvality.

Mám velkou úctu ke všem zdravotníkům, kteří svoji profesi vykonávají empaticky a s entuziasmem. Mimo jiné i proto, že se to od nich tak nějak automaticky očekává.

Jiří Hruška

foto: archiv ÚVN

Třetí část rozhovoru s primářem Oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny ÚVN MUDr. Michalem Říhou, Ph.D., MBA, přineseme v příštím čísle časopisu VELESLAV/39.