

„Wyzwania dla systemu ochrony zdrowia i praktyki klinicznej w obliczu zwiększających się potrzeb rehabilitacyjnych społeczeństwa z powodu pandemii COVID-19”

Prof. dr hab. n. med. Jolanta Kujawa – Przewodnicząca Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji PAN.

Nowe wyzwania dla systemu ochrony zdrowia i praktyki klinicznej związane z pandemią COVID-19 nałożyły się na niezaspokojone potrzeby rehabilitacyjne społeczeństwa spowodowane niedostatecznym finansowaniem i limitowaniem świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Działania podjęte przez międzynarodowe gremia medycyny fizykalnej i rehabilitacji po ogłoszeniu Światowego Raportu o Niepełnosprawności oraz te, na rzecz zdrowego starzenia się, które zaplanowane były w odpowiedzi na prognozy demograficzne pozwalają na szybki rozwój programów kompleksowej rehabilitacji chorych na COVID-19 oraz z dysfunkcjami i niepełnosprawnościami po jej przebyciu. Zwiększenie finansowania świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz rozwój telerehabilitacji są niezbędne dla zachowania wydolności systemu i zaspokojenia zwiększających się znacznie także potrzeb osób z niepełnosprawnościami z innych przyczyn.

Do podejmowania działań w celu zapewnienia osobom z niepełnosprawnościami realizacji ich praw, w tym m.in. zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych obliguje nas podpisanie w 2007 roku i ratyfikacja w 2012 Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych. W maju 2013 roku 66. Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło Rezolucję na temat niepełnosprawności, w której zatwierdzono zalecenia zawarte w „Światowym Raporcie o Niepełnosprawności”, co skutkowało opracowaniem kompleksowego planu działania. Projekt „Globalnego Planu Działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014–2021: Lepsze zdrowie dla wszystkich osób niepełnosprawnych” ma na celu przyczynienie się do poprawy zdrowia, dobrobytu i przestrzegania praw człowieka odnoszących się do osób niepełnosprawnych. „Dobre Zdrowie i Dobrostan” znajduje się na trzecim miejscu wśród siedemnastu celów zrównoważonego rozwoju przyjętych przez ONZ 25 września 2015 roku. W 2017 roku WHO zrobiła drugi krok w kierunku poprawy sytuacji rehabilitacji na świecie. Zorganizowano światowe spotkanie pod nazwą „Rehabilitacja 2030- wezwanie do działania”, którego celem było nadanie rehabilitacji priorytetu w systemie opieki zdrowotnej.

We wszystkich ww. działaniach bardzo silnie akcentowano usuwanie barier oraz poprawę dostępu do świadczeń i programów zdrowotnych, wzmocnienie i rozszerzenie rehabilitacji, habilitacji i technologii wspomagających oraz świadczeń pomocy, wsparcia oraz rehabilitacji środowiskowej.

Dla racjonalizacji planowanych zmian i oszacowania potrzeb rekomendowano gromadzenie odpowiednich i porównywalnych danych w skali międzynarodowej dotyczących niepełnosprawności i systemów opieki zdrowotnej oraz wspieranie badań nad niepełnosprawnością i związanych z nią świadczeń.

Podobnie, gdy prześledzimy na osi czasu działania podejmowane w celu zapewnienia zdrowego starzenia się społeczeństw w 2006 roku w Graz przyjęto Deklarację o Niepełnosprawności i Starzeniu się, na lata 2012-2020 opracowano „Strategiczny plan działania na rzecz zdrowego starzenia się w Europie”, a w 2015 ogłoszono Światowy Raport na temat starzenia się i zdrowia.

Wszystkie dokumenty zawierały rekomendacje dotyczące wzmocnienia rehabilitacji w Systemach Opieki Zdrowotnej podkreślając jej ważną rolę w realizacji Celów Zrównoważonego Rozwoju.

Jednak dopiero wspólny wysiłek międzynarodowych i europejskich gremiów specjalistów rehabilitacji zaowocował uznaniem, że Rehabilitacja pełni kluczową rolę w utrzymaniu zdrowia, samodzielności i niezależności starzejących się społeczeństw. Wykazano szybkie zwiększanie się niezaspokojonych potrzeb rehabilitacyjnych osób z chorobami niezakaźnymi, przewlekłe postępującymi zagrażającymi niepełnosprawnością. Wezwano do zintegrowania systemów świadczeń z zakresu rehabilitacji z systemem ochrony zdrowia i pomiędzy poziomami referencyjnymi opieki szpitalnej oraz zapewnienia kontynuacji opieki ambulatoryjnej i w środowisku pacjenta. Silna rekomendacja dotyczy dostępu do multidyscyplinarnego zespołu rehabilitacyjnego, którego liderem jest lekarz specjalista medycyny fizykalnej i rehabilitacji i zapewnienia źródeł finansowania rehabilitacji. Jakość dowodów naukowych na realizację świadczeń przez multiprofesjonalny zespół i zapewnienie dostępu do wysokospecjalistycznych oddziałów rehabilitacji jest bardzo wysoka.

W odpowiedzi na wezwanie do działania „Rehabilitacja 2030” wszystkie Towarzystwa Naukowe Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji i gremia skupiające lekarzy specjalistów rehabilitacji opracowały projekty. Komitet współpracy Międzynarodowego Towarzystwa Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji z WHO w planie działania na lata 2015-2017 uwzględnił wszystkie trzy cele Globalnego Planu Działania, w tym rozwój i przystosowanie systemów opieki zdrowotnej do potrzeb osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Inicjatywa prowadzona pod auspicjami Zespołu ds. Niepełnosprawności i Rehabilitacji przy WHO objęła pierwsze światowe badanie środowiskowe osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego przeprowadzone w 28 krajach, reprezentujących 6 regionów WHO. Na bazie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) opracowano narzędzie do zebrania wieloobszarowych danych pozwalających opisać profil funkcjonowania i potrzeby rehabilitacyjne osób z niepełnosprawnością. Dzięki pozyskaniu finansowania z PFRON i UM w Łodzi, Polska Grupa Badawcza, której miałam zaszczyt przewodniczyć, zrealizowała badanie w grupie ponad 900 osób. Rekomendacje sformułowane na podstawie danych uzyskanych z badania InSCI, z uwagi na zakres zgromadzonych informacji, ich szczegółowość oraz przyjętą metodologię badania, odnieść można do szeroko rozumianego systemu rehabilitacji oraz aktywizacji zawodowej i włączenia społecznego osób niepełnosprawnych, na który składają się usługi w ramach ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego, edukacji, uzupełnione przez działania mające na celu tworzenie optymalnych warunków środowiskowych. Wśród rekomendacji najważniejsze to: odbudowa systemu kompleksowej rehabilitacji, konieczność zbudowania efektywnego systemu wsparcia osób niepełnosprawnych, potrzeba wypracowania, w oparciu o dane pochodzące z NFZ oraz PFRON, kompleksowego, opartego na przejrzystych zasadach, racjonalnego ekonomicznie i sprawiedliwego społecznie systemu zaopatrywania osób z niepełnosprawnością w wyroby medyczne oraz dostępu do kompleksowego procesu leczenia, w tym rehabilitacji i reintegracji społecznej.

W perspektywie wyzwań rozwojowych stojących przed Polską jak również z powodu prognoz znacznego zwiększenia się liczby osób niepełnosprawnych spowodowanego starzeniem się społeczeństwa i niepełnosprawnością nabytą po przebytych COVID-19, niezbędne jest wykorzystanie doświadczeń międzynarodowych gremiów specjalistów medycyny fizykalnej i rehabilitacji, którzy włączyli się do działań mających na celu ochronę społeczeństw przed zagrożeniami zdrowotnymi, zapobieganie epidemiom i pandemiom oraz szybkie wykrywanie i reagowanie na sytuacje zagrożenia zdrowia.

Aktualnie specjaliści rehabilitacji stoją przed bezprecedensowym wyzwaniem związanym z pandemią COVID gdyż potrzeby rehabilitacyjne pacjentów z i po przebytej chorobie COVID nałożyły się na niezaspokojone potrzeby naszego społeczeństwa borykającego się z licznymi problemami

zdrowotnymi współczesnej cywilizacji oraz limitowania świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ i ograniczenia dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji w związku z wprowadzeniem stanu epidemii. Potrzeby rehabilitacyjne pacjentów leczonych z powodu COVID-19 i z następstwami przebytej choroby, dotyczą niemal wszystkich układów wymagają rozwoju wszystkich poziomów świadczeń od wysokospecjalistycznych sprofilowanych na leczenie określonych powikłań do podstawowych świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej. Badania wskazują, iż około 36 % hospitalizowanych pacjentów wykazuje objawy ze strony ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego oraz ponad 10% uszkodzenia mięśni szkieletowych. Opisano zmiany w układzie oddechowym i sercowo-naczyniowym, sformułowano rekomendacje dla rehabilitacji pulmonologicznej, opracowano protokół wczesnej rehabilitacji oddechowej. Pacjenci po leczeniu na Oddziałach Intensywnej Terapii, mają między innymi, z powodu długiego okresu unieruchomienia i przebywania w pozycji leżącej dysfagię, ciężkie miopatie i neuropatie, zaburzenia równowagi i chodu, ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności, problemy psychologiczne i zaburzenia czynności poznawczych. Do tych wielu potrzeb dochodzą skutki odroczonej rehabilitacji z powodu czasowego ograniczenia wykonywania działalności leczniczej polegające na zaprzestaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej, lecznictwa uzdrowiskowego i rehabilitacji w ramach prewencji rentowej. Odsetek pacjentów objętych opieką w placówkach rehabilitacyjnych zmniejszył się średnio od ok. 32 do 55 %. Pomimo powołania przez Prezesa NFZ Zespołu ds. opracowania planu przywracania pełnej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, najdłuższy czas oczekiwania na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych (dla stanów stabilnych) wynosi ponad 25 lat, na rehabilitację neurologiczną ponad 7lat, a kardiologiczną nieco ponad rok. Redukcja świadczeń z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych była większa i wynosiła średnio ponad 70 %. Podobnie w większości z 10 krajów, które wzięły udział w europejskim badaniu ankietowym wstrzymano czasowo świadczenia ambulatoryjne z zakresu rehabilitacji, zredukowano liczbę hospitalizacji planowych, niektóre ośrodki rehabilitacyjne zostały przeznaczone do leczenia ostrych przypadków COVID-19 i na izolatoria, potem następował stopniowy powrót do normalnej praktyki z wykorzystaniem środków prewencyjnych (badań przesiewowych, w tym testów PCR). Lekarze rehabilitacji byli zaangażowani w leczenie fazy ostrej COVID-19 jedynie w Hiszpanii i Czechach.

Środowisko specjalistów Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji jest przygotowane do wyzwań związanych z pandemią, w tym do racjonalizacji udzielania świadczeń i wprowadzenia niezbędnych zmian w systemie opieki zdrowotnej oraz podejmowania decyzji klinicznych w procesie rehabilitacji na podstawie dowodów naukowych. Zespół Cochrane Rehabilitation pracuje systematycznie, od trzech lat, nad syntezą i rozpowszechnieniem wyników badań naukowych. Obecnie na stronie internetowej Cochrane Rehabilitation w zakładce COVID-19 jest dostępny: aktualizowany co miesiąc, ze względu na szybki postęp badań przegląd literatury naukowej na temat rehabilitacji osób z COVID-19. W przygotowaniu jest seria szybkich przeglądów dotyczących przewidywanych potrzeb w zakresie rehabilitacji, związanych z pandemią COVID-19. Dla ułatwienia dostępu do poszukiwanych badań podzielono tematycznie i syntetycznie opisano wyniki badań dotyczące rozpowszechnienia i cechy powstającej po przebyciu choroby COVID-19 niepełnosprawności, strategii rehabilitacji stosowanych u tych pacjentów, informacji o potrzebach rehabilitacyjnych oraz wpływie rehabilitacji na stan zdrowia pacjentów z i po przebyciu COVID-19. Dostępna jest także Interaktywna mapa dowodów naukowych. Błyskawiczne przeglądy systematyczne są udostępnione w formie tabeli i zawierają

informacje zgodnie ze schematem PICO na temat przeprowadzonych badań oraz główne wnioski dla praktyki klinicznej.

Z analizy literatury przedmiotu oraz obserwacji aktualnej sytuacji wynika pilna reorganizacji opieki szpitalnej, ambulatoryjnej i domowej, w tym zapewnienia wczesnej rehabilitacji osobom hospitalizowanym z powodu COVID-19, w fazie rekonwalescencji po ciężkiej niewydolności oddechowej lub długotrwałym pobycie w szpitalu oraz osobom doświadczającym pogorszenia funkcji po zakażeniu COVID-19. Jednocześnie należy zorganizować bezpieczny dostęp do rehabilitacji dla osób z nowymi ograniczeniami funkcjonowania i niepełnosprawności z powodu innych chorób i urazów oraz zapewnić odpowiednie monitorowanie funkcjonowania i długoterminową opiekę osobom z długotrwałą postępującą niepełnosprawnością - w domu. Lekarzom i fizjoterapeutom należy zapewnić adekwatne do potrzeb środki ochrony osobistej i bezpieczne środowisko pracy.

Szczegółowe rozwiązania zaproponowano w popartym przez Komitet Nauk Demograficznych PAN apelu opublikowanym przez Instytut Zdrowia Publicznego. Autorzy stanowiska podkreślają, że doraźne rozwiązania trzeba osadzać w wieloletniej, strategicznej perspektywie. Proponują wszystko to co tak szeroko jest dziś dyskutowane: wzrost wynagrodzeń wszystkich służb medycznych w oparciu o spójną politykę płacową w całym sektorze ochrony zdrowia, wsparcie działań służb medycznych, pomoc specjalną w wykonywaniu pracy: transport do miejsca pracy, dodatkowe mieszkanie na okres epidemii, odpowiednie posiłki, pomoc w zapatrzeniu dla rodzin, zwiększenie bezpieczeństwa warunków pracy. Podkreślano już w marcu konieczność organizacji „siec” szpitali zakaźnych, reorganizację i rozpoczęcie oddłużania szpitali oraz doposażenie infrastruktury transportowej zapewniającej odpowiednie standardy zakaźno-medyczne. Zwracano uwagę na potrzebę szybkiego rozwoju nowych laboratoriów, wykorzystanie jednostek niepublicznych i pilne doposażenie istniejących. W apelu postulowano również poprawę bieżącego i strategicznego zarządzania w sektorze zdrowotnym wzmocniając m.in. funkcje szybkiego reagowania i zarządzania kryzysowego.

Wbrew jednak tym postulatom, finansowanie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej przez NFZ zaplanowano na najbliższe dwa lata na bliskim najniższym z dotychczasowych poziomów. W przyszłym roku zaplanowano przeznaczyć na świadczenia gwarantowane 3,15% budżetu NFZ, a w 2022: 3,12 %.

Wg danych uzyskanych z Centrali NFZ, w okresie od marca do czerwca 2020r. w przeliczeniu na jednego mieszkańca w poszczególnych województwach wydano na świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej średnio 12,2 zł. Publiczne finansowanie ochrony zdrowia w Polsce jest jednym z najniższych w Europie. Polska podjęła zobowiązanie podniesienia publicznego finansowania ochrony zdrowia do poziomu 6% PKB do 2024 roku, jednak w obecnej sytuacji niezbędne jest przyspieszenie tych zmian. Nieakceptowalne jest utrzymywanie tak niskiego finansowania, również dlatego, że odnotowuje się już zwiększenie wieku pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanej z NFZ, szczególnie w przedziale wieku 66-75 lat. Zdecydowane zmiany organizacji i finansowania rehabilitacji spowodować powinien także fakt, że funkcjonowanie w tym aktywność zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia -ICF uznano za trzeci wskaźnik zdrowia obok dwóch pozostałych tj. śmiertelności i zachorowalności. Jest on, coraz ważniejszy w procesie planowania polityki zdrowotnej, jako miernik potrzeb społeczeństwa. Także wobec faktu, iż Rehabilitacja została uznana przez WHO nie za koszt, ale za najlepszą z możliwych inwestycji dziwi plan finansowy NFZ.

Rehabilitacja może być kluczem do utrzymania zdrowia Polaków w 21 wieku, pod warunkiem poprawy zarządzania i inwestycji w rehabilitację, wdrażania projektów poprawy zaopatrzenia w technologie wspomagające, rozwoju i poszerzenia zasobów wysokiej klasy specjalistów realizujących świadczenia rehabilitacyjne, oraz usprawnienie gromadzenia danych dotyczących potrzeb rehabilitacyjnych społeczeństwa. Sekcja i Rada Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji UEMS wzięła udział w opracowaniu globalnej mapy wdrożenia ICF w Europie, w tym uniwersalnych opartych na ICF narzędziach oceny funkcjonalnej oraz projektu systemu klasyfikacji świadczeń z zakresu rehabilitacji.

Postęp technologiczny, rozwój społeczeństwa informacyjnego, a także wzrost oczekiwań w zakresie opieki medycznej doprowadził do rozwoju telemedycyny. Pandemia spowodowała gwałtowny rozwój tych usług, w tym telerehabilitacji. Rekomendacje rozwoju systemu świadczeń telemedycznych obejmują szerokie wprowadzenie, telekonsultacji, teleopieki, telemonitoringu oraz teleterapii. Pacjenci mogą odnieść korzyści z telerehabilitacji, takie jak obniżenie wskaźników hospitalizacji i ponownych przyjęć, skrócenie czasu hospitalizacji, natychmiastowy dostęp do usług rehabilitacji ambulatoryjnej, redukcja kosztów i oszczędność czasu, poprawa zdrowia i jakości życia oraz wczesny powrót do pracy. Telerehabilitacja ma też swoje ograniczenia. Brak doświadczeń pacjentów z usługi bez kontaktu personalnego w gabinecie może wpływać na skuteczność fizjoterapii. Dlatego świadczenie powinno być wzbogacone o inne czynniki i elementy komunikacji werbalnej jak np. jasne instrukcje i wyrażanie wsparcia oraz komunikację niewerbalną np. afirmatywne kiwanie głową, kontakt wzrokowy - dostosowane do indywidualnego cech pacjenta. Starannie należy rozważyć pierwszą bezpośrednią wizytę w przypadku pacjentów wymagających ze złożoną dysfunkcją i chorobami współistniejącymi. Ze strony pacjenta brak oprzyrządowania do ćwiczeń i narzędzi do synchronicznych połączeń audiowizualnych.

W większości krajów, które wprowadziły telerehabilitacji, jest ona integralną częścią praktyki fizjoterapeutycznej i musi spełniać określone standardy. Rady stowarzyszeń fizjoterapeutycznych opublikowały protokoły postępowania, na podstawie których można ocenić, czy w danym przypadku wystarczy teleusługa, udostępniane są przeglądy badań naukowych potwierdzających skuteczność telerehabilitacji. W Irlandii w przypadku telerehabilitacji fizjoterapeuta jest objęty ubezpieczeniem tylko pod warunkiem, że pracuje zgodnie z wytycznymi. Telerehabilitacja wyceniana jest ok. 20% niżej niż wizyta w kontakcie bezpośrednim. W Polsce Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia br. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, także wprowadzono możliwość udzielania świadczeń rehabilitacyjnych w trybie (ambulatoryjnym, domowym i dziennym) za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (np. przez telefon czy komunikatory takie jak Skype czy WhatsApp). W okresie do końca czerwca NFZ sfinansował 72 762 lekarskich teleporad rehabilitacyjnych oraz niemal 130 tys. (129 222) świadczeń z zakresu fizjoterapii, w tym ok. 53 % to wizyty fizjoterapeutyczne.

Analizując wszystkie działania podejmowane przed pandemią na rzecz rozwoju rehabilitacji w systemie opieki zdrowotnej i te które zainicjowano w związku z pandemią należy stwierdzić, iż znając wszystkie czynniki wpływające na zdrowie i jakość życia jesteśmy zobligowani tu w Polsce zapewnić każdemu pacjentowi świadczenia zdrowotne adekwatne do potrzeb i w każdej nawet najtrudniejszej sytuacji pomóc zachować godność, samostanowienie, zgodne z oczekiwaniami aktywność i uczestnictwo.