

WYTYCZNE
Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej
W SPRAWIE ORGANIZACJI I POSTĘPOWANIA
W REHABILITACJI MEDYCZNEJ

z dnia 6 grudnia 2010 r.

Rehabilitacja jest nieodzowną składową rozwoju medycznego i socjalnego każdego nowoczesnego kraju. Rehabilitacja oznacza zespół działań, którego celem jest przywrócenie lub kształtowanie u człowieka z niepełnosprawnością utraconych optymalnych funkcji biologicznych, rodzinnych i społecznych.

Tak rozumiana definicja rehabilitacji odnosi się do osób, które urodziły się zdrowe i pełnosprawne i utraciły swoją sprawność i optymalne funkcjonowanie w wyniku urazu, choroby, starzenia się ustroju czy zdarzenia prowadzącego do niepełnosprawności. W stosunku do dzieci urodzonych z niepełnosprawnością lub dzieci, które w okresie noworodkowym bądź niemowlęcym stały się niepełnosprawne należy używać zamiast „rehabilitacji” określenia „proces usprawniania”. Celem procesu usprawniania dzieci z niepełnosprawnością jest maksymalne ograniczenie zaburzeń strukturalnych i funkcjonalnych w rozwijającym się ustroju, tworzenie optymalnych możliwości dla aktywności ruchowej i psychicznej oraz stworzenie warunków dla aktywnego uczestnictwa w życiu rodzinnym, środowisku, a także aktywizacji społecznej i zawodowej. Proces usprawniania musi obejmować też działania w zakresie edukacji i integracji.

Rehabilitacja powinna umożliwić szybki powrót osoby z niepełnosprawnością do rodziny i całego społeczeństwa. Osiągnięcie tego celu możliwe jest poprzez realizację zadań rehabilitacji leczniczej, zawodowej, pedagogicznej i społecznej. Motorem rehabilitacji społecznej, pedagogicznej i zawodowej staje się wieloaspektowa, wczesna, kompleksowa rehabilitacja medyczna (lecznicza).

Pod pojęciem rehabilitacji medycznej rozumie się proces leczenia, który umożliwia przyspieszenie procesu naturalnej regeneracji i zmniejszenie fizycznych i psychicznych następstw choroby. Stały rozwój nowoczesnych technik diagnostycznych, leczniczych, stała kontrola procesu leczniczego, regeneracyjnego pozwala na ograniczenie skutków trwania choroby. Rehabilitacja medyczna musi stymulować cały proces leczniczy głównie poprzez aktywność ruchową i psychiczną.

Podstawą rehabilitacji, a zwłaszcza w przypadku trwałych uszkodzeń morfologicznych lub utraty funkcji organizmu, jest właściwa i ukierunkowana kompensacja i adaptacja.

Odpowiednio sterowane lub wykorzystane kompensacja i adaptacja umożliwiają uzyskanie optymalnego wyniku końcowego leczenia. Za najważniejsze w procesie adaptacyjnym uważa się uzyskanie samodzielności życiowej, tej szeroko rozumianej, a więc zarówno w czynnościach codziennych, jak i w czynnościach zawodowych, społecznych i rodzinnych. Adaptacji, czyli przystosowaniu podlega sfera duchowa (umysłowa) i organiczna człowieka.

W realizacji procesu rehabilitacji wykorzystuje się szereg specjalistycznych metod i technik. Głównie są to zabiegi fizjoterapeutyczne, które obejmują kinezyterapię, masaż oraz fizykoterapię, wykorzystuje się także metody hydrobalneologiczne, uzdrowiskowe oraz metody specjalne stworzone dla leczenia niektórych chorób, ze stosowaniem indywidualnych technik opracowanych autorsko przez lekarzy i fizjoterapeutów. Uzupełnieniem powyższych działań leczniczych jest psychoterapia, terapia logopedyczna, terapia zajęciowa i socjoterapia.

W rehabilitacji wykorzystuje się też nowoczesne rozwiązania technologiczne, które pozwalają na lepszą adaptację osoby z niepełnosprawnością do funkcjonowania, realizacji swoich potrzeb, aspiracji i pracy zawodowej. Nowoczesne technologie mogą stanowić zarówno wyposażenie środowiska zewnętrznego w którym funkcjonują osoby z niepełnosprawnością jak i mogą być aplikowane bezpośrednio dla tych osób (zaopatrzenie ortopedyczne, sprzęt pomocniczy, implanty wewnątrzustrojowe zastępujące zaburzone funkcje narządów lub tkanek).

Rehabilitacja realizuje zasadę leczenia człowieka, a nie jego chorego narządu, czy choroby.

Istotnym działaniem rehabilitacji społecznej jest doprowadzanie do pełnej integracji osób sprawnych i niepełnosprawnych. Osoby z niepełnosprawnością muszą mieć równe szanse w funkcjonowaniu rodzinnym, społecznym i zawodowym, takie jak mają osoby sprawne.

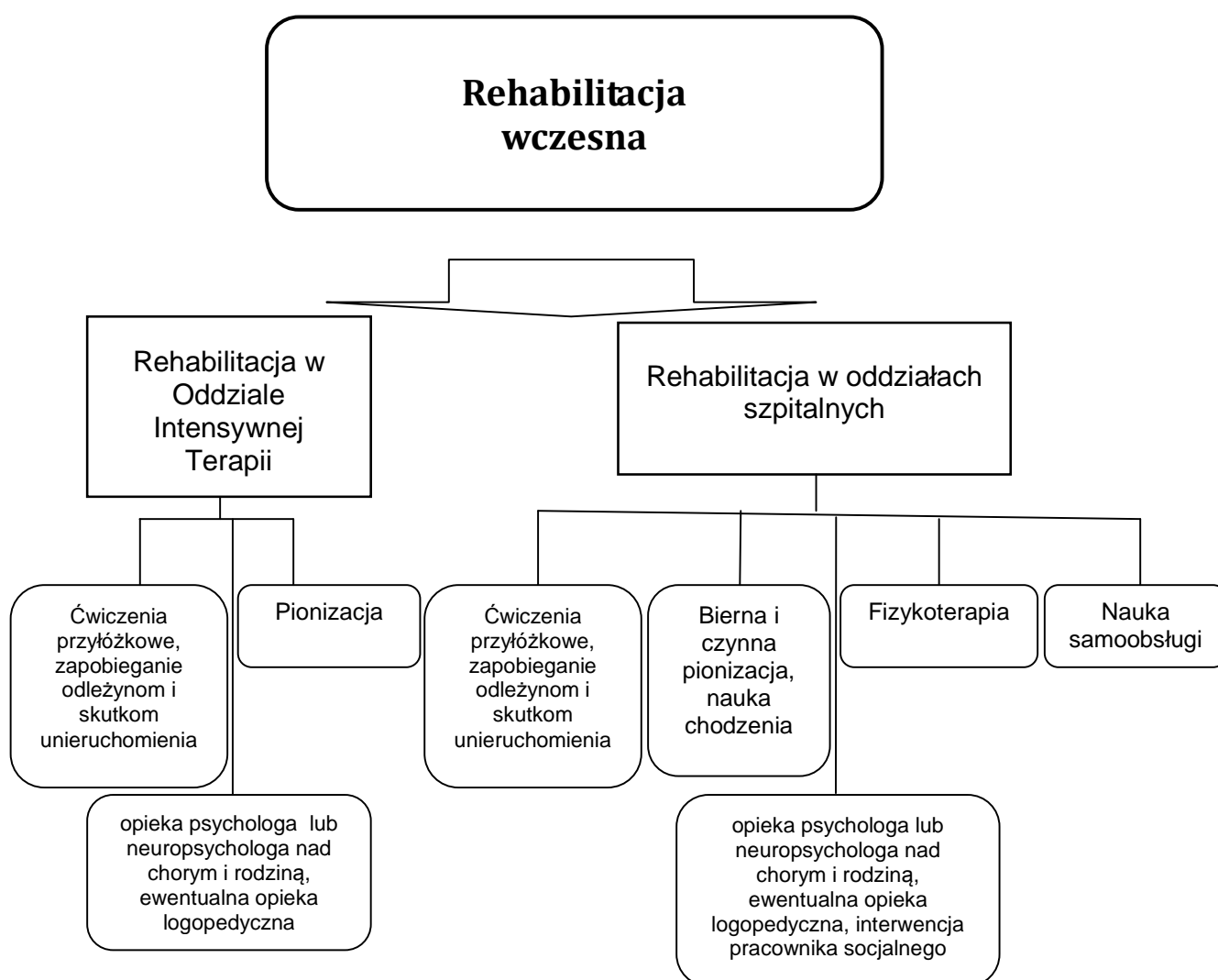
§ 1. Wytyczne określają organizację i sposób postępowania oraz procedury medyczne w dziedzinie rehabilitacji medycznej, w zakresie następujących świadczeń zdrowotnych, udzielanych w zakładzie opieki zdrowotnej publicznym i niepublicznym przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia w dziedzinie rehabilitacji medycznej, lub posiadającego tytuł specjalisty w rehabilitacji medycznej, zwanego dalej "lekarzem specjalistą rehabilitacji", lekarza posiadającego I stopień specjalizacji w zakresie rehabilitacji medycznej, zwanego dalej „specjalistą I-go stopnia”, a także lekarza będącego w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej:

- 1) badanie dla potrzeb rehabilitacji, weryfikację i uzupełnienie diagnostyki,
- 2) planowanie programu kompleksowej rehabilitacji (procesu usprawniania),
- 3) nadzorowanie procedur fizjoterapeutycznych,
- 5) wykonywanie prób wydolnościowych i ich ocena (testy wysiłkowe, spirometria, testy funkcjonalne),
- 6) aktywne uczestnictwo w rehabilitacji rodzinnej, społecznej i zawodowej,
- 4) leczenie bólu, niezależnie od jego przyczyny.

§ 2. W ośrodkach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie rehabilitacji medycznej, powinny być utworzone stacjonarne oddziały rehabilitacji, lub/i dzienne oddziały rehabilitacji, poradnie rehabilitacji a w razie, gdy placówki takie nie

zostaną utworzone, zadania z tego zakresu wykonywane są w ramach konsultacji lekarza specjalisty w strukturach innych oddziałów, w zakresie rehabilitacji podstawowej wczesnej.

§ 2. 1. Rehabilitacja jest integralną częścią leczenia. Rehabilitacja wczesna realizowana jest w oddziałach szpitalnych, gdzie wykonywana jest diagnostyka i leczenie podstawowe (Ryc.1). Lekarz specjalista rehabilitacji służy tu konsultacją w zakresie zlecenia i realizacji procedur wczesnej rehabilitacji. W oddziale podstawowego leczenia wdrażaniem programu podstawowej wczesnej rehabilitacji zajmuje się fizjoterapeuta. W przypadku braku konsultacji lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej, procedury rehabilitacji podstawowej wczesnej zleca i kontroluje lekarz specjalista właściwy dla profilu danego oddziału.



Ryc. 1. Schemat funkcjonowania rehabilitacji wczesnej

§ 2. 2. Rehabilitacja specjalistyczna realizowana jest w oddziałach rehabilitacyjnych (Ryc.2). Ordynatorem, kierownikiem oddziału, poradni świadczącej usługi w zakresie rehabilitacji, jest lekarz specjalista rehabilitacji medycznej (specjalista rehabilitacji ruchowej, specjalista rehabilitacji w chorobach wewnętrznych). W Oddziale rehabilitacji specjalistycznej sprawowana jest całodobowa opieka lekarska nad przebywającymi tam chorymi.

W **rehabilitacji specjalistycznej** wyróżnia się:

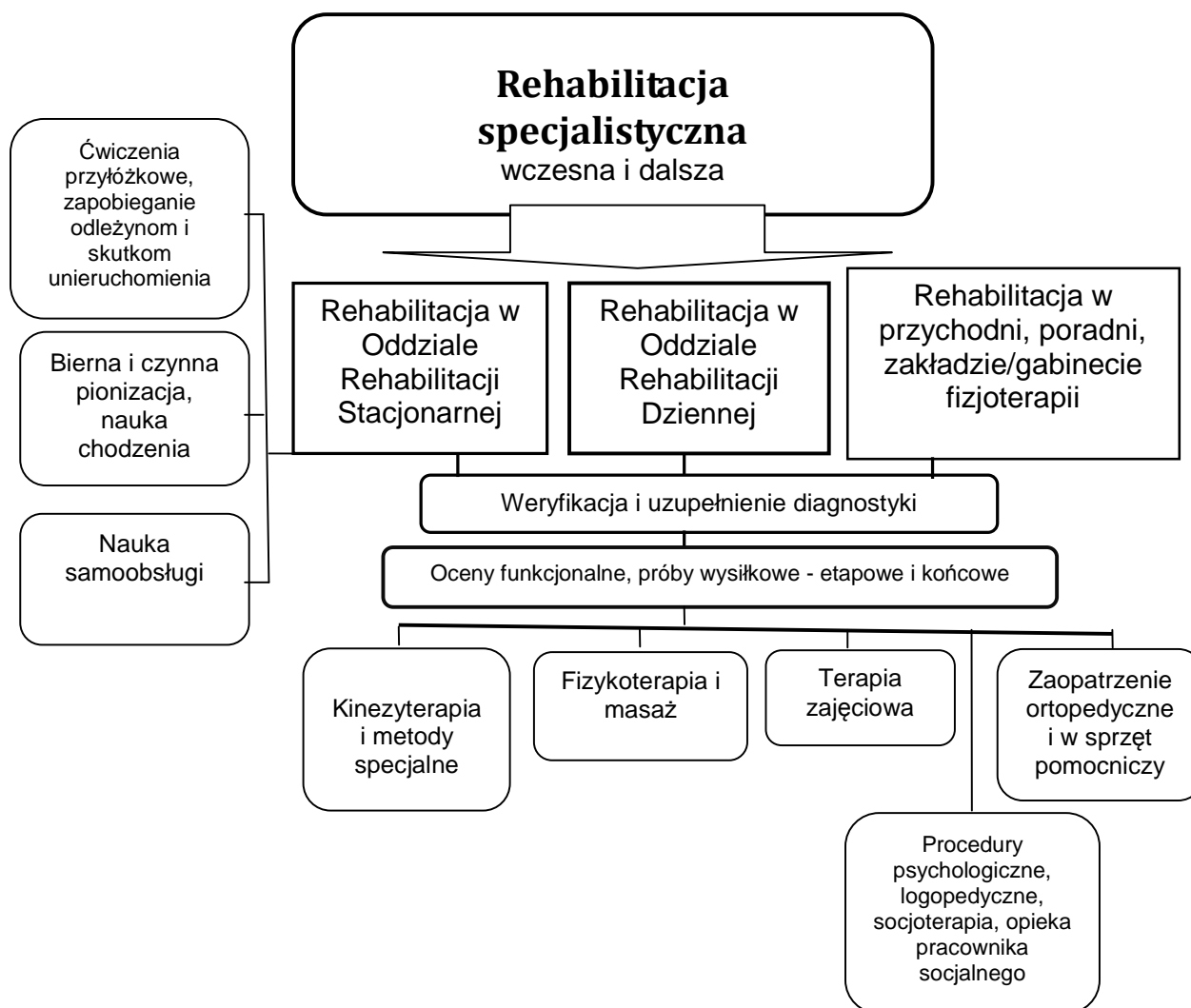
- a. rehabilitację specjalistyczną wczesną
- b. rehabilitację specjalistyczną dalszą

Jednostkami strukturalnymi rehabilitacji specjalistycznej wczesnej i dalszej są:

- oddział rehabilitacji stacjonarnej
- oddział rehabilitacji dziennej
- przychodnia, poradnia, zakłady/gabinety fizjoterapii

Stacjonarny Oddział Rehabilitacji poza oczywistą rolą diagnostyczno – leczniczą jest bazą dla realizacji edukacji podyplomowej dla specjalizujących się lekarzy w rehabilitacji medycznej, a także fizjoterapeutów, specjalizujących się w fizjoterapii oraz lekarzy innych specjalności, dla których w ramach ich kształcenia specjalistycznego wymagana jest znajomość podstaw rehabilitacji.

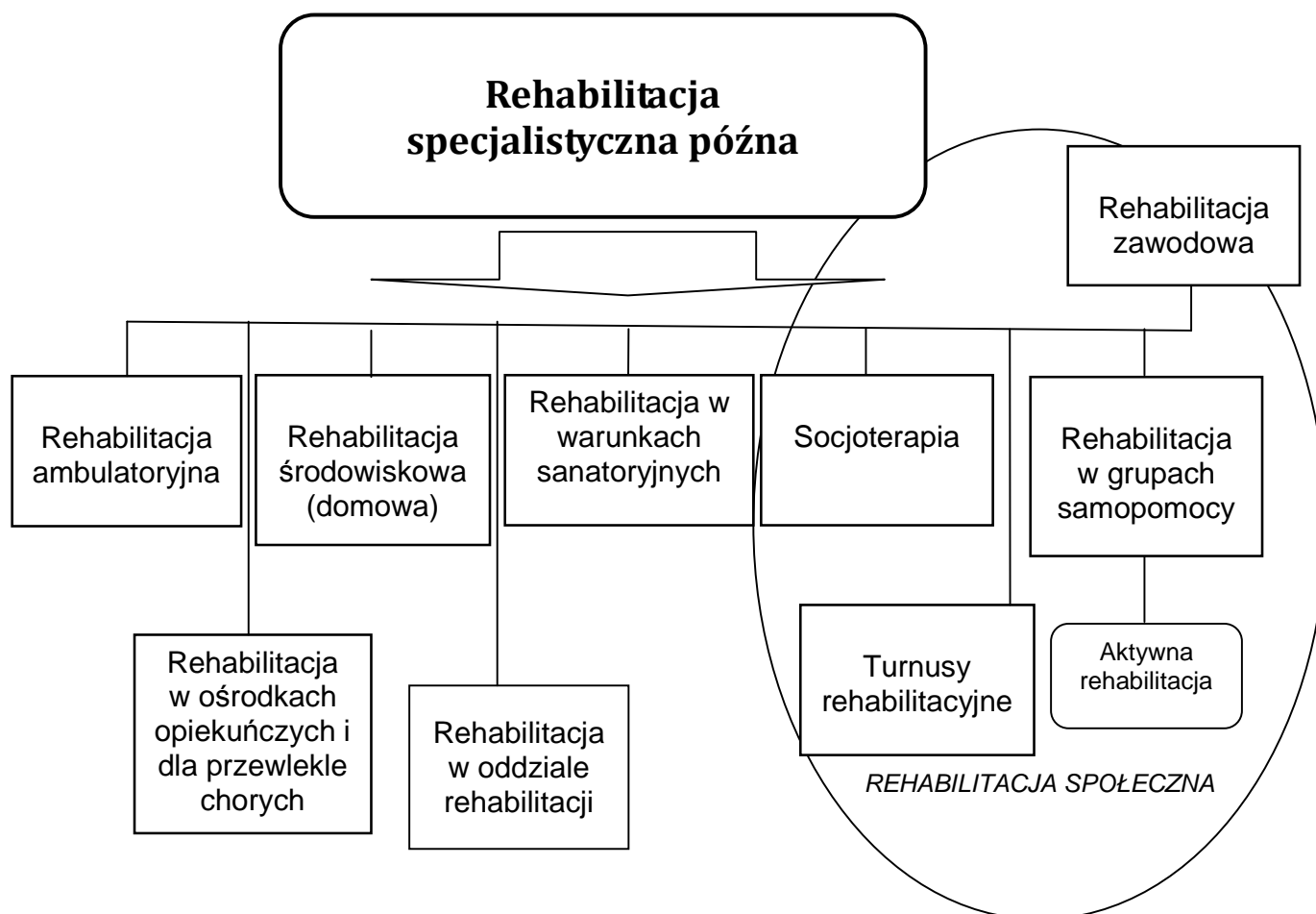
Oddziały takie stanowią też bazę szkoleniową dla potrzeb studentów wydziałów lekarskich i fizjoterapii. Mogą też stanowić bazę nauczania studentów innych kierunków kształcenia medycznego dla potrzeb rehabilitacji.



Ryc. 2. Schemat funkcjonowania rehabilitacji specjalistycznej wczesnej i dalszej.

§ 2.3. Rehabilitacja specjalistyczna późna realizowana jest w oddziałach stacjonarnych i dziennych oraz w warunkach ambulatoryjnych, domowych i leczenia uzdrowiskowego (Ryc.3.). Rehabilitacja późna zawiera podstawy rehabilitacji społecznej i zawodowej. Podstawą wczesnej rehabilitacji społecznej są: rehabilitacja środowiskowa i w grupach samopomocy. Rehabilitacja środowiskowa w domu pacjenta powinna być realizowana przez fizjoterapeutę oddelegowanego z gabinetu fizjoterapii na zlecenie lekarza specjalisty rehabilitacji. Powinien on korzystać z pomocy wolontariuszy i członków rodziny pacjenta w zakresie ćwiczeń usprawniających i nauki samoobsługi, które nadzoruje. Rehabilitacja specjalistyczna późna inicjuje aktywność społeczną, rodzinną i zawodową.

§ 2. 4. Rehabilitacja specjalistyczna późna obejmuje też swymi działaniami chorych, osoby z niepełnosprawnością będące pod opieką lekarza rodzinnego, hospicjów, ośrodków medycyny paliatywnej, zakładów opiekuńczych, zakładów opiekuńczo-rehabilitacyjnych, zakładów opiekuńczo-pielęgniacyjnych, pielęgniarek środowiskowych oraz ośrodków zajmujących się opieką nad chorymi w stanach wegetatywnych. Lekarz rehabilitacji jest konsultantem w tych ośrodkach i nadzoruje prawidłowość procesu rehabilitacji.



Ryc. 3. Schemat funkcjonowania rehabilitacji specjalistycznej późnej.

§ 3. W szpitalu powinien być ustalony przez kierownika zakładu, w porozumieniu ze specjalistą rehabilitacji medycznej, ordynatorami i innym lekarzami, sposób realizacji fizjoterapii na terenie całej jednostki organizacyjnej, podległości personalnej, nadzoru i odpowiedzialności w zakresie realizacji procedur fizjoterapeutycznych. W szpitalu za całość rehabilitacji w oddziałach odpowiada ordynator oddziału rehabilitacji, a w przypadku obecnych kilku oddziałów rehabilitacji wyznaczony ordynator oddziału rehabilitacji.

§ 4. W szpitalu, o którym mowa w § 2, proces rehabilitacji medycznej powinien być prowadzony przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej z możliwym współdziałaniem innych specjalistów w zależności od profilu procedur rehabilitacyjnych.

§ 5. W szpitalu, o którym mowa w § 2, w ramach oddziału rehabilitacji oraz innych jednostek organizacyjnych wyznaczane są miejsca, z zabezpieczeniem odpowiedniej aparatury dla ratowania i monitorowania zdrowia, gdzie wykonywane są testy wydolnościowe i testy funkcjonalne.

§ 6. Świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia objawowego bólu prowadzone są również w ramach oddziału rehabilitacji, poradni rehabilitacyjnej, innego specjalistycznego oddziału lub w formie konsultacji specjalistycznej lekarza rehabilitacji medycznej. Jeśli jest to konieczne, w leczeniu farmakologicznym bólu wskazana jest współpraca z anestezjologiem. Leczenie objawów bólu przewlekłego, którym zwykle towarzyszy depresja powinno być wspierane opieką psychiatryczną i psychologiczną.

§ 7. Świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji medycznej realizowane są dzięki interdyscyplinarnej pracy zespołowej. W skład zespołu rehabilitacyjnego wchodzi: lekarz specjalista w rehabilitacji medycznej (kierownik zespołu), fizjoterapeuta (specjalista fizjoterapii, specjalista rehabilitacji ruchowej, mgr fizjoterapii, mgr rehabilitacji ruchowej, licencjat, technik fizjoterapii), pielęgniarka, psycholog (psycholog kliniczny, neuropsycholog), pracownik socjalny, terapeuta zajęciowy (ergoterapeuta), a także w zależności od potrzeb, logopeda, pedagog specjalny, foniatra, surdologopeda, doradca zawodowy dla niepełnosprawnych, nauczyciel zawodu, i in.

§ 8. Ustala się w § 9 - 24 standardy postępowania i procedury medyczne bezpiecznego postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej.

§ 9. Ordynator lub kierownik oddziału rehabilitacji medycznej, w porozumieniu z ordynatorami lub innymi lekarzami kierującymi innymi oddziałami szpitala, ustala wykaz procedur, badań laboratoryjnych, ewentualnych testów wydolnościowych niezbędnych do realizacji planowanego przyjęcia chorego na oddział rehabilitacji.

§ 10. Ordynator, kierownik oddziału rehabilitacyjnego, poradni rehabilitacyjnej lub inny lekarz rehabilitacji współuczestniczy przy ustalaniu warunków przyjmowania do rehabilitacji pacjentów z innych ośrodków leczniczych. Plan ten powinien uwzględniać zasadę nadrzędności dobra chorego, a w szczególności powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

§ 11. Lekarz specjalista rehabilitacji medycznej zapoznaje się z dokumentacją medyczną pacjenta, skompletowaną wraz z niezbędnymi wynikami badań laboratoryjnych przez lekarza kierującego, oraz przeprowadza badanie kwalifikujące pacjenta do rehabilitacji, zgodnie ze stanem zdrowia pacjenta i wskazaniami medycznymi. Lekarz rehabilitacji może zlecić dodatkowe badania i konsultacje niezbędne do zakwalifikowania pacjenta do dalszej kompleksowej rehabilitacji (leczenia usprawniającego). Kwalifikując chorego czy osobę z niepełnosprawnością do

rehabilitacji określa się cel rehabilitacji, warunki (oddział stacjonarny, dzienny, ambulatorium, zakład, gabinet) i pilność realizacji.

§ 12. Niezbędne procedury i postępowanie w rehabilitacji medycznej:

1. Weryfikacja diagnostyki lekarskiej i jej uzupełnienie.
2. Ocena stanu wydolności krążeniowo-oddechowej, wpływu innych chorób na proces rehabilitacji (leczenia usprawniającego).
3. Ocena stanu funkcjonalnego.
4. Badanie dla potrzeb fizjoterapii.
5. Analiza badań dodatkowych, ewentualne ich rozszerzenie celem weryfikacji rozpoznania klinicznego.
6. Ocena dotychczasowego leczenia.
7. Ustalenie warunków rodzinnych, środowiskowych, zawodowych i społecznych chorego.
8. Potwierdzenie/postawienie końcowego rozpoznania klinicznego.
9. Ustalenie celu rehabilitacji.
10. Ustalenie hierarchii ważności potrzeb chorego.
11. Ustalenie prognozy końcowego stanu funkcjonalnego.
12. Ustalenie programu indywidualnej rehabilitacji (procesu usprawniania).
13. Wykorzystanie i wytworzenie mechanizmów kompensacyjnych i adaptacyjnych.
14. Ustalenie okresów obiektywizacji i oceny uzyskiwanej poprawy klinicznej i funkcjonalnej. Kontrola efektów i weryfikacja programu rehabilitacji.
15. Ustalenie ewentualnych potrzeb w zakresie zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, rehabilitacyjny i pomocniczy. Weryfikacja dotychczasowego zaopatrzenia.
16. Ustalenie potrzeb edukacji elementarnej i zawodowej.
17. Ocena przez pracownika socjalnego warunków i potrzeb społecznych chorego i pomoc w ich rozwiązaniu.
18. Ustalenie zasad i warunków dalszej opieki nad osobą z niepełnosprawnością w warunkach domowych i środowiskowych.
19. Edukacja najbliższej rodziny w zakresie podstawowych zasad:
 - pielęgnacji osoby z niepełnosprawnością,
 - kontynuacji podstawowych ćwiczeń,
 - zrozumienia istoty przebytej choroby i obecnej niepełnosprawności,
 - określenia celu rehabilitacji i drogi, jaką ten cel będzie osiągany.
20. Ustalenie ewentualnych potrzeb, warunków specjalistycznej rehabilitacji dalszej i późnej.

§ 13. Lekarz rehabilitacji ustala i nadzoruje proces fizjoterapii.

§ 14. 1. Podczas realizacji procesu rehabilitacji specjalistycznej w warunkach oddziału stacjonarnego obchody lekarskie realizowane są codziennie, z weryfikacją aktualnego stanu chorego, akceptacją prowadzonego leczenia zarówno przez chorego jak i zespół rehabilitacyjny, z ewentualną modyfikacją procesu usprawniania. Co najmniej raz w tygodniu odbywa się obchód z udziałem ordynatora, po którym odbywa się narada zespołu leczącego, w której wytycza się kolejne cele, zadania, hierarchie ważności, podsumowane są dotychczasowe osiągnięcia (efekty) uzyskane w rehabilitacji (procesie usprawniania), trudności realizacji procesu leczniczego i wytyczany jest program dalszego postępowania (weryfikacja programu leczenia) z wyznaczeniem zadań dla poszczególnych członków zespołu terapeutycznego. W naradzie biorą udział: lekarze leczący, fizjoterapeuci, psycholog, pielęgniarka oddziałowa, pracownik socjalny, terapeuta zajęciowy oraz inne osoby w zależności od potrzeb. Pożądane jest, by w obradach zespołu leczącego w początkowej fazie leczenia i u jego końca uczestniczył chory, który jest podmiotem rehabilitacji medycznej.

§ 14. 2. Podczas realizacji procesu rehabilitacji specjalistycznej w warunkach oddziału dziennego, wizyty lekarskie realizowane są co najmniej dwa razy w tygodniu. W okresie początkowym terapii odbywa się narada zespołu rehabilitacyjnego celem ustalenia celu, warunków, hierarchii ważności procesu rehabilitacji. W okresie końcowym leczenia odbywa się ponownie narada zespołu rehabilitacyjnego, podsumowująca proces rehabilitacji i ustala się cele i dalsze postępowanie w rehabilitacji specjalistycznej później.

§ 15. W specjalistycznej poradni rehabilitacyjnej realizowane są konsultacje i kompleksowe leczenie w zakresie rehabilitacji medycznej, lub prowadzone są konsultacje w zakresie fizjoterapii.

§ 16. Kierownikiem specjalistycznej poradni rehabilitacyjnej jest lekarz specjalista rehabilitacji medycznej.

§ 17. Realizacja procesu rehabilitacji w warunkach poradni specjalistycznej rehabilitacyjnej odbywa się na podstawie zleceń lekarskich. Proces rehabilitacji medycznej w warunkach poradni specjalistycznej kończy się wizytą lekarską u specjalisty rehabilitacji medycznej. Celem wizyty jest ocena i weryfikacja uzyskanego wyniku leczenia, określenie dalszych zaleceń lekarskich oraz ustalenie zasad profilaktyki i podstaw ergonomii w dalszym funkcjonowaniu pacjenta.

§ 18. W gabinecie fizjoterapii, prowadzonym przez specjalistę w zakresie fizjoterapii, lub specjalistę w rehabilitacji ruchowej prowadzone jest postępowanie fizjoterapeutyczne zalecane przez lekarzy leczących.

§ 19. Lekarz będący w trakcie specjalizacji w rehabilitacji medycznej może wykonywać obowiązki lekarza specjalisty, jeżeli jego praca jest nadzorowana przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia w dziedzinie rehabilitacji medycznej. Od trzeciego roku szkolenia lekarz specjalizujący się w rehabilitacji medycznej może wykonywać samodzielnie procedury konsultacyjne, kwalifikujące do rehabilitacji z obowiązkiem zdawania raportu z wykonanych czynności przed swoim kierownikiem

specjalizacji lub/i ordynatorem/kierownikiem poradni, lub oddziału rehabilitacji.

§ 20. Proces fizjoterapii prowadzony jest przez wykwalifikowanych fizjoterapeutów, którzy otrzymują zlecenia na realizację poszczególnych procedur od lekarza prowadzącego.

§ 21. Obsługi aparatów i sprzętu do fizykoterapii i kinezyterapii dokonuje fizjoterapeuta lub lekarz specjalista rehabilitacji medycznej, lub lekarz w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej.

§ 22. Fizjoterapeuci pracują w zespole fizjoterapeutycznym pod kierunkiem koordynatora. Koordynatorem zespołu fizjoterapeutów jest magister fizjoterapii specjalista fizjoterapii (dawny specjalista rehabilitacji ruchowej).

§ 23. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji specjalistycznej w oddziałach stacjonarnych rehabilitacji ustala się następujące standardy wyposażenia oddziału i procedury medyczne:

- 1) gdzie realizowane są procedury rehabilitacji specjalistycznej wczesnej obecne są stanowiska do prowadzenia ciągłego monitorowania podstawowych funkcji życiowych i stosuje się wszelkie dostępne metody i techniki terapeutyczne, ze szczególnym uwzględnieniem farmakoterapii i wykonywania w trybie bieżącym potrzebnych badań dodatkowych,
- 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych w oddziale stacjonarnym wymaga stałej obecności lekarza w oddziale,
- 3) rehabilitację medyczną prowadzi lekarz specjalista rehabilitacji, a świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji może udzielać lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub lekarz będący w trakcie specjalizacji, jeżeli jego praca jest nadzorowana przez lekarza specjalistę rehabilitacji.

§ 24. 1. Proces kompleksowej rehabilitacji (usprawniania) chorych ma charakter interdyscyplinarny.

§ 24. 2. W razie, gdy stan pacjenta wymaga dalszego postępowania w innym zakresie niż rehabilitacja, leczenie przejmują inne poradnie, oddziały szpitala lub szpital właściwy, a w przypadku zakończenia leczenia podstawowego, chory może być, jeśli wymaga tego sytuacja, ponownie kierowany na oddział rehabilitacji celem kontynuacji leczenia w poprzedniej lub nowej procedurze rehabilitacji specjalistycznej wczesnej.

Dr n. med. Marek Krasuski
Krajowy Konsultant
w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej