
Izbor prof. Vlaka

Zadovoljstvo nam je izvijestiti Vas kako je predsjednik Hrvatskog društva za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu Hrvatskog liječničkog zbora prof. dr. sc. Tonko Vlak izabran za suradnog člana Akademije medicinskih znanosti Hrvatske 29. svibnja 2018. god.

Iskrene čestitke!

Uredništvo

Prikaz knjige na stručnom sastanku

Na stručnom sastanku Hrvatskog društva za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu HLZ-a, 07. prosinca 2018. godine, predstavljen je udžbenik "Rehabilitacija ozljeda lokomotornog sustava", autora prof. dr. sc. Slavka Davile, specijalista kirurga i doc. dr. sc. Melite Uremović, prim. dr. med., specijalistice fizikalne medicine i rehabilitacije i suradnika.

Uredništvo

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje je Hrvatskom društvu za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu HLZ-a uputio na mišljenje novu inačicu Nacrta prijedloga Pravilnika o uvjetima i načinu ostvarivanja prava na bolničku medicinska rehabilitaciju i fizikalnu terapiju u kući, datiranog 29.05.2018. Nakon primjedaba i sugestija članova Upravnog odbora predsjednik Društva, prof. d.rsc. Tonko Vlak je 07.06.2018. ravnatelju HZZO-a, dr. Vukeliću poslao donji dopis. On pokazuje da je Hrvatsko društvo za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu ako je pozvano uvijek spremno dati svoje mišljenje, ažurno i stručno utemeljeno, te doprinijeti što boljoj skrbi bolesnika koji trebaju liječenje i rehabilitaciju iz domene fizikalne medicine i rehabilitacije.

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
N/P ravnatelj
Luclan Vukelić, dr. med. spec.
Margaretska 3, 10002 Zagreb
P.P. 157

Predmet: Nacrt prijedloga Pravilnika o uvjetima i načinu ostvarivanja prava na bolničku medicinska rehabilitaciju i fizikalnu terapiju u kući

mišljenje, dostavlja se

Veza, Vaš dopis: Klasa: 011-01/18-01/18

Ur. broj: 338-01-25-18-02 od 29.05.2018.

Poštovani dr. Vukelić

prije svega, želim zahvaliti na mogućnosti da naše Stručno društvo HLZ opet ponudi svoje mišljenje, u fazi donošenja novog Pravilnika o uvjetima i načinu ostvarivanja prava na bolničku medicinska rehabilitaciju i fizikalnu terapiju u kući (u daljnjem tekstu Pravilnik) te odgovorimo na Vaš dopis: Klasa: 011-01/18-01/18, Ur. broj: 338-01-25-18-02 od 29.05.2018.g. sa željom da isti napravimo boljim i primjerenijim za naše bolesnike.

Budući da u svom dopisu navodite kako je naše Stručno društvo sudjelovalo u donošenju prijedloga Pravilnika, što je istina, i čemu svjedoči naša dokumentacija, stvara se kriva predodžba kako smo i mi bili za izrazito restriktivne mjere u novom Pravilniku, glede bolničke medicinske rehabilitacije te fizikalne terapije u kući, pa je na sadašnji prijedlog Pravilnika s pravom reagirala i Pravobraniteljica za osobe s invaliditetom Republike Hrvatske, uputivši predstavku (u prilogu) na našu adresu, ne znajući da su upravo naši

prijedlozi iz 2015/2016.g. bili usmjereni prema izbjegavanju diskriminacije osoba s invaliditetom i trajnim oštećenjima.

Stoga Vas želim upoznati s činjenicama koje HZZO (u daljnjem tekstu Zavod) nije prihvatio i primijenio, a iz našeg prijedloga od prije 2 godine, od formalnih, do suštinskih prijedloga :

Nije uvažen prijedlog naziva Rehabilitacija u kući ili Fizikalna terapija i rehabilitacija u kući.

Članak 4

1 Febrilna stanja i zarazne bolesti Primjedba: na ovaj način se može shvatiti da su i zarazne bolesti, koje se prenose prvenstveno putem krvi, kontraindikacija za stacionarnu rehabilitaciju. Što je onda s bolesnicima koji na primjer imaju hepatitis B ili HIV. Po ovome oni ne bi mogli biti upućeni na stacionarnu rehabilitaciju?

Članak 8

Primjedba/komentar: Ovaj se problem susreće i kod utvrđivanja prava na prijevoz osiguranih osoba. Naime, u osobnoj iskaznici je navedeno prebivalište, a izabranom doktoru nije dostupan službeni podatak o boravištu. Predlažemo da se izabrani liječnik obiteljske medicine rukovodi boravištem bolesnika, za što je, ako nije isto kao i prebivalište, potrebno predložiti odgovarajući dokument kao dokaz

Članak 9, stavak 5

Prijedlog: umetnuti „... a koje bi mogle utjecati na provođenje rehabilitacije ili predstavljaju kontraindikaciju za istu.“

Članak 13

U ranijoj verziji to je bio Članak 14. Prijedlog: U oba slučaja ozljede mozga (traumatske i atraumatske), rehabilitacija može trajati i dulje (ali i kraće), prema prijedlogu odjelnog doktora i uz odobrenje liječničkog povjerenstva nadležnog prema sjedištu specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju, u slučaju progresije poboljšanja neuromotornog, kognitivnog, bihevioralnog i/ili emocionalnog statusa.

Članak 17

U ranijoj verziji to je bio Članak 18. Prijedlog: Predlažemo omogućiti boravak roditelja/skrbnika uz dijete do 5. godine života.

Članak 18 -2.

U ranijoj verziji to je bio članak 20. prijedlog dopune: „- kod djece zbog odstupanja od normalnog neuromotoričkog razvoja uslijed neurorizičnih

faktora rizika" Ispraviti: "...pod uvjetom da kod iste ne postoje kontraindikacije...". Članak 19, stavak 2

NAPOMENA: u popisu postupaka sa šiframa uvrštena je Mobilizacija zglobova FT 116!?

Članak 20, stavak 5

U ranijoj verziji to je bio članak 21. Prijedlog: u nastavku napisati „... a koje bi mogle utjecati na provođenje fizikalne terapije ili predstavljati kontraindikaciju za istu.“

Članak 23

U ranijoj verziji to bi se odnosilo na članak 24 Prijedlog: Potrebno je precizirati na koji će način liječničko povjerenstvo jednom u tri mjeseca provjeriti opravdanost nastavka provođenja fizikalne terapije.

POPIS BOLESNIH STANJA I POSLJEDICA OZLJEDA ZA ODOBRAVANJE BOLNIČKE MEDICINSKE REHABILITACIJE

Iz našeg prethodnog dopisa/prijedloga:

Kod hemiplegije nije uvažena modificirana Rankinova skala, koja je mjera globalnog onesposobljenja i jednostavna za primjenu kod procjene i ocjene funkcije pokretljivosti i (samo)zbrinjavanja bolesnika. Nije primjereno da FIM, kao mjera potrebe za njegovateljem, bude mjera ishoda rehabilitacije (dakle, orijentirana na skrb i cijenu skrbi, a ne aktualnu funkciju pacijenta).

Za Coma vigile cerebri uz neurokirurga i neurologa rehabilitaciju mora moći predložiti i specijalist fizikalne medicine i rehabilitacije (fizijatar)

U uvjetima odobravanja predlažemo da se definira točan opseg pokreta, koji je indikacija za stacionarnu rehabilitaciju: Kuk - fleksija od 100° ili manje, Koljeno - fleksija 100° ili manje, Gležanj - plantarna fleksija 30° ili manje i/ili dorzalna fleksija 10 stupnjeva ili manje.

U Pravilniku, u dijelu o stacionarnoj rehabilitaciji, nisu uključena stanja nakon operacija gornjeg ekstremiteta, iako je za neke od njih baš to potrebno. To se prvenstveno odnosi na ugradnju umjetnog zgloba ramena, za koji znamo da stacionarna rehabilitacija daje bolje rezultate u odnosu na onu ambulantnu.

U uvjetima odobravanja prema rasponu mjernog instrumenta postoji pogreška, te treba biti navedeno: „ovisno o funkcionalnom statusu; BASFI ≥ 4 “.

Inače, radi se o ljestvici raspona 0-10, a viša vrijednost znači teži funkcionalni deficit.

Primjedba za Dg Z95 (koje ovdje više nema): Znači li da bolesnici koji npr. nakon prenosnice, a što je bio i cilj zahvata, nemaju ishemiju u niskom opterećenju, ne ostvaruju pravo na stacionarnu rehabilitaciju?

Jesu li pacijenti nakon ugradnje stentova izuzeti od upućivanja na stacionarnu rohabilitaciju na teret obveznog zdravstvenog osiguranja?

Predlažemo izmjenu teksta u dijelu nacрта Pravilnika vezano za bolesnike sa stečenom amputacijom udova, za koje je predviđena bolnička medicinska rehabilitacija samo ukoliko obavljaju prvu protetičku opskrbu.

Po dobroj dosadašnjoj kliničkoj praksi u Hrvatskoj bolesnici s amputacijom udova se nakon amputacije i kraće predprotetičke pripreme kod kuće u sklopu fizikalne terapije u kući (bolji naziv je Fizikalna terapija i rehabilitacija u kući), opskrbljuju protezama u okviru primarne i svake ostale, odnosno sekundarne protetičke rehabilitacije u akutnim bolnicama (akutno liječenje, bez potrebe odobrenja za prijema na rehabilitaciju) tj. visoko specijaliziranim zdravstvenim ustanovama (KBC-i u Osijeku, Rijeci, Splitu i Zagrebu), temeljem prava iz Pravilnika za ortopedska i druga pomagala.

Primarna opskrba protezom (primarna protetička rehabilitacija) u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju u skraćenom provođenju protetičke rehabilitacije od svega 21 dana (tzv. „toplicama“), naspram očekivanih 4 do 6 tjedana (nekad i duže kod obostranih natkoljениčnih amputacija), se nije pokazala uspješnom za više bolesnika, te se morala ponavljati u navedenim ustanovama.

Izrečeni stručni stavovi HDFRM HLZ temeljeni su na Nacionalnim smjernicama za rehabilitaciju osoba s amputacijom, koje je prezentirane 6. Hrvatskom kongresu fizikalne i rehabilitacijske medicine s međunarodnim sudjelovanjem, 14.-17. travnja 2016.g. u Šibeniku, a koje je izradila radna grupa iz Kliničkog zavoda za rehabilitaciju i ortopedska pomagala KBC Zagreb, da se temeljem prava iz Pravilnika o uvjetima i načinu ostvarivanja prava na bolničku medicinsku rehabilitaciju i fizikalnu terapiju u kući, bolnička medicinska rehabilitacija u trajanju od 21 dana u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju („toplice“) treba omogućiti bolesnicima s amputacijom, i to na procjenu i prijedlog fizijatra, u dva slučaja:

A. Kao prva rehabilitacija nakon operativnog zahvata zbog savladavanja pred-protetičke faze rehabilitacije tj. kao kondicijska priprema za slijedeću fazu u kojoj slijedi protetička opskrba, u slučajevima nemogućnosti provođenja fizikalne terapije u kući. Protetička faza rehabilitacije (tj. opskrba

proteзом) nije zagantirana kod svih osoba s amputacijom, već se vrši timska procjena nakon savladavanja pred-protetičke faze rehabilitacije.

B. Kao održavajuća rehabilitacija, u iznimnim slučajevima kod osoba koje su opskrbljene protezom (kasna faza protetičke rehabilitacije) i to ukoliko je bolesnik „složeniji“ tj. uz amputaciju, ima i druge onesposobljenosti (npr. prijelom, oštećenje živaca, hemipareza i slična stanja) koja se ne mogu rehabilitirati fizikalnom terapijom u kući ili ambulantno.

Primarna protetička rehabilitacija tj. prva opskrba protezom, iznimno je kompleksna rehabilitacija koja zahtjeva cjelokupnu rehabilitaciju i timsku suradnju svih članova tima s iskustvom u radu s osobama s amputacijom. Prilikom protetičke rehabilitacije, koja počinje već na kirurškom krevetu (postoperativna faza rehabilitacije), nastavlja se vertikalizacijom uz pomagala (predprotetička faza), te kod većeg djela pacijenta i protetičkom fazom (učenje hoda/ili rukovanja s protezom u aktivnostima svakodnevnog života (u trajanju od 4 do 6 tjedana) te dalje korištenjem proteze u svakodnevnom životu (kasna faza rehabilitacije). Pri tome je važno istaknuti da se ne uči samo o tehničkom korištenju proteze već se osobu uči samostalnosti i samo-zbrinjavanjem, uz rješavanje svih medicinskih komorbiditeta.

POPIS POSTUPAKA ZA ODOBRAVANJE FIZIKALNE TERAPIJE U KUĆI

7 FT 107 Prijedlog: dodati: „i s odraslim osobama.“

20 Logopedске vježbe i 21 Radna terapija – prijedlozi nisu uvaženi.

Dakle, ništa od gore navedenog prošli put nije uvaženo, prema sada nam upućenom Nacrtu novog Pravilnika, tako da je teško reći da smo bili sukreatori istog. Makar ne ovakvog, kakav nam nacrt sada šaljete.

U daljnjem tekstu navodim što bismo, mi kao stručno društvo za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu HLZ predložili Zavodu da izmijeni/dopuni/izostavi u Nacrtu novog Pravilnika :

Pravilnikom se provlači sintagma „liječenje rehabilitacijom“, što je pogrešno. Npr. u Članku 7. „nastavak liječenja rehabilitacijom“... preporučamo da se koristi izraz „nastavak rehabilitacije“. Također, govori se o „održavajućoj rehabilitaciji“, a bolje je „stacionarno fizikalno liječenje s evaluacijom stanja“ (npr. Članak 9: „Prijedlog za održavajuću rehabilitaciju...“).

Članak 4.: Zašto je izdvojena samo Alzheimerova bolest? Što je s drugim težim oblicima demencije i psihoorganskih sindroma, pod točkom 14. riječ „terapije“ treba zamijeniti riječju „rehabilitacija“.

Bilo bi uputno opisati postupak koji bi definirao što da radi liječnik u specijalnoj bolnici kada na prijemu utvrdi da je bolesnikovo stanje prema članku 4. kontraindikacija za stacionarnu rehabilitaciju ?

Članak 8: „u najbližoj specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju“ :Dio specijalnih bolnica, u stvarnosti, NF PRIMA teže pokretne i nepokretne pacijente (npr. „Biokovka“ u Makarskoj), izvrdavajući to na razne načine. Bolesnici stoga traže i dolaze u adekvatno opremljene (kadrovski, stručno i opremom) specijalne bolnice te radi ove odredbe nemaju pravo na prijevoz do tih specijalnih bolnica. Predlažemo, iznimno od Pravilnika, odobravati specijalizirane specijalne bolnice, izrijeком u pravilniku, ili dodati riječ: „adekvatnoj“ u izraz: „u najbližoj specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju“.

Članak 11 navodi: „od dana otpusta iz specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju nakon provedene rehabilitacije zbog te bolesti nije protekao rok od najmanje 12 mjeseci“

U nekim stanjima i nakon provedene rehabilitacije prvih nekoliko godina je važno redovito provjeravati funkcionalni status i participaciju u zajednici, uspostavljanje zdravih rutina itd. Ovom odredbom praktički je produženo to vrijeme na više od godinu dana, obzirom na vrijeme čekanja, koje iznosi više mjeseci, u nekim specijalnim bolnicama i više od godinu dana. Alternativa dnevne bolnice - nije odobrena, tj. na nju Zavod nije odgovorio (u primjeru SB Varaždinske Toplice, ili ranije KBC Split).

Članak 17: „kada je u provođenju rehabilitacije djeteta do 18. godine života potrebna prisutnost roditelja, odnosno osobe koja skrbi o djetetu zbog nužnosti pružanja pomoći koja nije obuhvaćena programom provođenja rehabilitacije (aspiracija dišnog sustava, hranjenje, obavljanje fizioloških potreba, okretanje tijekom noći i dr.)“ i „Kada je u provođenju rehabilitacije osigurane osobe starije od 18 godina života zbog nužnosti pružanja pomoći koja nije obuhvaćena programom provođenja rehabilitacije (aspiracija dišnog sustava, hranjenje) potrebna prisutnost druge osobe, liječničko povjerenstvo iznimno može odobriti boravak uz osiguranu osobu u specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju osiguranoj osobi - jednom od roditelja, osobi koja skrbi o osiguranoj osobi ili osobi koja je određena kao asistent osiguranoj osobi.“ Ovo je nonsens, jer dio rehabilitacije jest i aspiracija dišnog sustava, hranjenje, obavljanje fizioloških potreba, okretanja tijekom noći - barem u specijalnim bolnicama koje se bave rehabilitacijom bolesnika - TO SU ONE KOJE ĆE PRIMITI TAKVOG BOLESNIKA - molim vidjeti gore pod Članak 8.

Članak 19: „Pod provođenjem fizikalne terapije ne podrazumijeva se aktivno i pasivno razgibavanje zglobova tijela.“ Navdena točka 2. je besmislena i treba je izbaciti.

Naime, ovo je u suprotnosti s navodom iz popisa: „FT 116 Mobilizacija zglobova. Terapeutska tehnika mišićno-pasivnog pokretanja zgloba do dozvoljene granice pokretljivosti.“

Primjedbe na dio „Iz popisa bolesti“:

G82 Paraplegija ili tetraplegija kao posljedica ozljede/bolesti kralježnice AIS A-D, ODOBRAVA: neurolog, neurokirurg, fizijatar...

Trebalo bi dodati i KIKURUG jer se kirurškim liječenjem stanja nakon ozljede kralježnične moždine bave i (ili većinom) kirurzi.

U tablici kod homiplogijo i upalnih reumatskih bolesti izbačena je „održava juća rehabilitacija“, što nije prihvatljivo s obzirom na funkcijski deficit, koji je najčešće progresivan ?

Dio, koji se tiče onesposobljenosti kod reumatoloških dijagnoza (ovdje navedenih prema MKB klasifikaciji kao : M05, M07, M08), odnosno HAQ-u kao mjernom instrumentu, koji je kao uvjet predložen u rasponu 1.5-2.5, bi trebalo promijeniti. Istakli bi smo da je donja granica predloženog raspona visoka i kao takva se odnosi na umjereni do teži stupanj onesposobljenosti i popratne potrebe za pomoć druge osobe u aktivnostima svakodnevnog života.

S obzirom na navedeno mišljenja smo da su donje granične vrijednosti za HAQ navedene u ovom pravilniku previsoke te predlažemo da donja granica za HAQ DI bude najmanje 1,0, a gornja granica 2,5.

Nisu navedeni prijelomi zdjelice ili stanje nakon operacija na zdjelici. Zašto je izdvojena fraktura patele? Kod tog prijeloma su bolesnici dugo imobilizirani i nisu funkcionalno bolji nego kod drugih prijeloma.

U popisu II kod ugradnje funkcionalnih implantata treba dodati gležanj

Za bolesti cirkulacijskog sustava “Akutni infarkt miokarda (non stemi)/ Ponovljeni infarkt miokarda (non stemi) i presađba srca i/ili pluća” - ne znamo zašto je izostavljen STEMI??

Pretpostavljamo, obzirom da nije drugačije definirano, da uključuje bolesnika sa ili bez PCI uz ugradnju stenta?! Operacije srca i velikih krvnih žila također zahtijevaju spec. rehabilitaciju.

Predlažemo proširiti postojeći popis za sljedeće bolesti:

- a) stanje iza akutnog infarkta miokarda sa ili bez ST elevacije (STEMI i NSTEMI) sa ili bez PCI i ugradnje stenta,
- b) stanje iza PCI i ugradnje stenta zbog nestabilne angine pektoris,
- c) stanje iza kirurške revaskularizacije miokarda (CABG),
- d) stanje iza ugradnje biološkog ili mehaničkog srčanog zaliska,

- e) stanje iza disekcije aorte, stanje iza operacije ascendentne ili torakalne aorte,
- f) stanje iza TAVI (transkateterska ugradnja aortnog zaliska),
- g) stanje iza stres kardiomiopatije,
- h) stanje iza korekcije kongenitalnih srčanih grešaka (ASD, VSD),
- i) stanje iza transplantacije srca.

Primjedbe na dio „Iz popisa za fizikalnu terapiju u kući“:

Piše kako ju predlaže : „Fizijatar prije otpusta s akutnog odjela“

Znači li to da se više ne piše uputa za fizikalnu terapiju u kući nakon rehabilitacije u specijalnim bolnicama? Ili to treba preformulirati, ILI PLATITI REHABILITACIJU U SPECIJALNIM BOLNICAMA KAO AKUTNU, TJ. UGOVORITI AKUTNE KREVETE U POJEDINIM SPECIJALNIM BOLNICAMA, kao što smo tražili još 2013.g.

Treba definirati što znači : „Cerebralna paraliza i ostali paralički sindromi (hemiplegija, paraplegija, tetraplegija) u stupnju potpune **nepokretnosti**“ - valja definirati nepokretnost (da li hodanja, kretanja kolicima itd).

Posebno bi smo istaknuli prijedlog da se i za kronične reumatske bolesti (upalne ili degenerativne) može i mora provoditi fizikalna terapija i rehabilitacija u kući, u slučajevima kad specijalist/subspecijalist procijeni da je to za bolesnika korisno, a predlažem da to bude do najviše tri ciklusa po 15 dana terapije, godišnje.

U popisu Fizioterapijskih postupaka (FT) bi trebalo izmijeniti/dopuniti :

Budući da su terapijski postupci ograničeni na 60 minuta, broj šifri naveden bez vremenskog normativa i cijene pojedinačnih FT, nema smisla.

U FT 102 treba izbaciti Kozove struje, a napisati da je to terapijska tehnika za umjetno pobuđivanje mišićne kontrakcije primjenom električnih impulsa (time se ne definira frekvencija)

U FT 103 interferentne struje nisu niskofrekventne.

Trebalo bi spojiti u jednu 105,106,114,115, 116 (to sve može ići kao individualne vježbe za razgibavanje zglobova, vježbe snaženja i izdržljivosti, neuromuskularna reedukacija).

Trebalo bi spojiti 104, 109, 113, sve se odnosi na kretanje i korištenje proteza, ortoza i pomagala

Ono što je stvarni i praktični problem za operirane bolesnike je što proces odobravanja rehabilitacije u kući predugo traje. Za one koji odmah ne idu

na stacionarnu rehabilitaciju, trebalo bi se omogućiti da se već za vrijeme hospitalizacije dobije odobrenje za provođenje fizikalne terapije u kući (kao što se piše i odobrava i stacionarna rehabilitacija i ortopedska pomagala).

Drugi problem je kako osigurati da se ta terapija odmah i provede, ali za početak bi se skratio jedan korak.

Da li ovdje treba regulirati pitanje vođenja dokumentacije, fizioterapeutskog kartona ili slično?

Eto, to bi bio naš prilog Nacrtu novog prijedloga Pravilnika, koji svojom opsežnošću govori o ozbiljnosti kojom je naše Stručno društvo pristupilo Vašem pozivu na suradnu. Stoga bismo bili jako zadovoljni da i ubuduće budemo Vaš partner u ovakvim poslovima te da naše mišljenje doista i uvažavate na razini, koji to partnerski odnos zahtjeva.

S poštovanjem, u ime UO HDFRM HLZ
prof dr.sc. Tonko Vlak, prim.dr.med.
Predsjednik HDFRM HLZ
U Splitu, 07.06.2018.g.

Na pažnju :
Pravobraniteljica za osobe s invaliditetom Republike Hrvatske, Zagreb
Tajništvo Hrvatskog liječničkog zbora, Zagreb
Arhiva, ovdje