

## Obrazloženje uz prijedlog užih specijalizacija iz fizikalne medicine i rehabilitacije

Davno je prošlo vrijeme u kojem smo fizikalnu medicinu i rehabilitaciju (FMR) definirali kao medicinsku specijalnost, koja se bavi samo dijagnostikom i liječenjem fizičkih promjena, najčešće vezanih uz promjene na lokomotor-nom sustava, pri čemu se koristi brojnim fizikalnim čimbenicima (pokret, toplina/hladnoća, električna energija, svjetlost, balneoterapija). Današnji pristup bolesniku, koji mora biti holistički, s naglaskom na bolesnika kao osobu, njegov doživljaj bolesti i življenje s bolešću, bez obzira na njegovu dob i spol, traži od specijalista fizikalne medicine i rehabilitacije, značajno više. Specijalist fizikalne medicine i rehabilitacije bavi se dijagnosticiranjem i liječenjem najčešćih bolesti i ozljeda koštano-mišićnog sustava (fizikalnim procedurama, medikamentima i drugim u službenoj medicini priznatim sredstvima), ali i fizikalnim liječenjem i rehabilitacijom bolesti i ozljeda u području brojnih drugih područja medicine, s tim da doslovno nema grane medicine u kojoj važnu uloga nema upravo fizikalna medicina i rehabilitacija. U tome se očituje sva kompleksnost struke, ali i potreba za specifičnim znanjima i vještinama iz pojedinih područja. Jer, specijalist rehabilitacijske medicine bavi se prevencijom, dijagnosticiranjem i liječenjem (rehabilitacijom) te utvrđivanjem stupnja oštećenja koji su posljedica oštećenja i nesposobnosti zbog prirodnih mana, bolesti i ozljeda iz širokog kruga bolesti i stanja. Pri tome, pojam rehabilitacije (re = ponovo, habilitatio = usposobljavanje) definiramo kao složeni proces ponovnog osposobljavanja za aktivnosti svakodnevnog i profesionalnog života te za emotivnu i socijalnu stabilnost osobe, koja je tu sposobnost potpuno ili djelomično izgubila.

Velike promjene s kojima se suočavaju sve europske zemlje, u odnosu na demografske promjene, produženo trajanje životnog vijeka, rastući porast preživljavanja i akutnih i kroničnih bolesnika, promjenu sveukupnih zdravstvenih prilika, društveni značaj onesposobljenja, ali i napredak tehnologije, značajno će utjecati na sveukupno zdravlje populacije, zdravstvene troškove i kvalitetu života. Svi ovi izazovi u kombinaciji sa specifičnostima, koje karakteriziraju fizikalnu medicinu i rehabilitaciju, koja je fokusirana na holistički pristup bolesniku i njegovo funkcioniranje u različitim zdravstvenim stanjima, a sve s ciljem da mu se omogući najbolje moguće sudjelovanje, kroz poboljšanje aktivnosti i smanjenje moguće onesposobljenosti, postavlja pred našu struku nove zahtjeve u stjecanju znanja i vještina u ostvarivanju specifičnijih kompetencija. Već je utvrđeno da će rehabilitacija biti vodeća strategija 21. stoljeća, jer će potreba za rehabilitacijom i nadalje rasti, kako u bližoj, tako i u daljoj budućnosti, a fizikalna medicina i rehabilitacija treba naći način da odgovori takvim izazovima. Stoga je nužno osigurati da specijalisti fizikalne medicine i rehabilitacije imaju dovoljno vještina i sposobnosti za suočavanje

sa sve ozbiljnijim i sveobuhvatnim problemima, u svim fazama života naših bolesnika i na svim razinama zdravstvene skrbi.

U kontekstu najnovije europske „Bijele knjige o fizikalnoj i rehabilitacijsko medicini“ (White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe (Eur J Phys Rehabil Med. 2018 Apr;54(2).), koja je temeljni dokument naše struke, nameće se razvijanje i unaprjeđenje razvoja i edukacije, djelokruga rada i stjecanja kompetencija iz različitih područja fizikalne medicine i rehabilitacije u svim članicama Europske unije. Time se nastoje poštivati zaključci, smjernice i preporuke najviših regulatornih tijela naše struke u Europi, što za posljedicu mora imati i određene promjene unutar postojećih edukacijskih programa te stjecanje specifičnih kompetencija unutar fizikalne i rehabilitacijske medicine, a u odnosu na sada postojeći način stjecanja specijalističkih kompetencija. To se može provoditi kroz uže specijalizacije koje bi kroz takve nove programe edukacije specijalistima fizikalne i rehabilitacijske medicine pružili mogućnost dodatnog i kvalitetnog usavršavanja u nekim užim područjima. Fizikalna medicina i rehabilitacija ima samo jednu užu specijalizaciju, onu iz reumatologije, koja je ustanovljena 1994. godine (iz ove struke ili iz interne medicine) i koja vrijedi samo za specijaliste koji su završili po starom programu. U međuvremenu je zaživjela reumatologija kao posebna specijalizacija, što je u skladu s europskim aktima. To znači da se mora omogućiti dovoljan kapacitet specijalističkog staža i programa edukacije, koji će u našu struku privući liječnike, a napose one mlađe, i ponuditi im mogućnost djelovanja u specifičnim posebnim segmentima fizikalne medicine i rehabilitacije. Stoga je obveza i struke, kreatora zdravstvenih politika i društva u cjelini omogućiti edukaciju u novim akreditacijskim područjima, koja našu struku čine prepoznatljivom i nadasve efikasnom. Valja naglasiti da već sad postoje određeni udio naših kolega koji se uže bave nekim određenim područjima, ali očekivano najveći broj liječnika užih specijalista se očekuje od novih naraštaja. U okviru Hrvatskog društva za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu HLZ-a na nacionalnom kongresu 2016. predstavljeni su prijedlozi smjernica iz pojedinih područja fizikalne medicine i rehabilitacije (stanja nakon amputacije donjih udova, nakon prijeloma u području proksimalnog okrajka bedrene kosti, nakon moždanog udara, nakon traumatske ozljede mozga, za djecu s neurorazvojnim poremećajima, i za odrasle s osteoartritisom kuka i/ili koljena). Time smo kao struka napravili dodatni kvalitativni iskorak, kao preduvjet poboljšanja zdravstvene skrbi, smanjenja primjene dodatnih nepotrebnih intervencija, omogućavanja najboljih šansa za dobrobit i minimiziranje rizika za štetu, uz prihvatljive troškove. To je suštinski i cilj stvaranja užih specijalizacija, a edukacija koja bi se kroz njih provodila bi se načelno tomoljila, kao i smjernice/preporuke, na najboljim raspoloživim dokazima.

U odabiru područja užih specijalizacija koje predložimo vodili smo se prvenstveno stručnim razlozima, te praktičnim potrebama za skrb hrvatskih

bolesnika, ali i objektivnim mogućnostima glede kvalitetnih kadrova kao i prostorno-tehničkih uvjeta da bi se provođenje užih specijalizacija moglo odvijati na najvišoj razini. Stoga smo, za razliku od 9 akreditacijskih područja koje su bile predložene kod kreiranja novih specijalističkih programa usklađenih s propisima EU, sada predlažemo 4 područja užih specijalizacija iz fizikalne medicine i rehabilitacije za koje smatramo da su sukladni našim potrebama i da su nam nužni: dječja rehabilitacija, rehabilitacija osoba s amputacijom udova, reumatološko-ortopedska rehabilitacija i rehabilitacija neuroloških bolesnika. Ovaj odabir je u skladu s potrebama posebno ranjivih populacijskih skupina kao što su branitelji (npr. stanja nakon amputacija udova, spinalne ozljede, kranocerebralne ozljede), djeca (npr. neurorazvojni poremećaji), starije osobe koje često imaju vrlo onesposobljavajuće reumatske bolesti, te neurološki bolesnici (npr. stanja nakon cerebrovaskularnog infarkta) o kojima kao kao struka i društvo posebno moramo brinuti. Naglašavamo da bi se uključivanje u uže specijalizacije prvenstveno odnosilo na specijaliste u tercijarnim centrima, u kojima je ovakva profilacija vjerojatnija i logičnija, te se time ne bi se značajnije opteretio proračun. Naime, procjenjujemo da bi priznavanje užih specijalizacija (uključivo i dodatno polaganje ispita) došlo u obzir za maksimalno 80 naših kolega, iako će realna brojka vjerojatno biti i manja.

Vjerujemo da bi se prihvaćanjem prijedloga četiri uže specijalizacije iz fizikalne medicine i rehabilitacije postigla bolja kvaliteta života u uvjetima onesposobljenja, kao i socijalnu inkluziju, što je sukladno humanim načelima i pozitivnim propisima Svjetske zdravstvene organizacije i naše države, odnosno uz dobrobit za bolesnike i razvitak struke, to bi zasigurno imalo i neposredni pozitivan učinak na društvo. Slijedi obrazloženje prijedloga pojedinih užih specijalizacija.

## Dječja rehabilitacija

U dokumentu Bijela knjiga opisane su kompetencije specijalista fizikalne i rehabilitacijske medicine, a u jednom poglavlju su navedene i one koje se odnose na fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u djece:

1. Procjena razvoja djeteta: psihomotorni razvoj, pokret, osjet i kognitivni razvoj; testiranje i procjena stupnja razvoja.
2. Patofiziologija lokomotornog sustava u razvoju; interakcija između rasta i anomalija mišićno-koštanih i zglobnih struktura.
3. Neuropedijatrija - cerebralna paraliza, spina bifida i mijelomeningokela; infantilna spinalna amiotrofija; neuroortopedske posljedice neuroloških bolesti, prevencija, liječenje i nadzor.
4. Kongenitalne malformacije mišićno-koštanog sustava (kralježnica, udovi, skeletna agenezija, kongenitalne aplazije i displazije, displazija kuka, paralitičko stopalo s poremećajem svodova, ostale malformacije stopala).

5. Poremećaji rasta.
6. Nejednakost dužine nogu.
7. Idiopatska, kongenitalna, sekundarna skolioza.
8. Trauma kod djece: opće poznavanje traume i rehabilitacije kod djece, posebno opeklina i amputacija.

Dakle, navedeno ukazuje da se dječji fizijatri bave prevencijom, habilitacijom i rehabilitacijom djece (psihomotorički razvoj novorođenčadi, dojenčadi i djece do njihove 18. godine).

Fizijatri s užom specijalizacijom iz dječje rehabilitacije najkompetentniji su u procjeni funkcijskog statusa lokomotornog aparata, a kada govorimo o fizijatrija koji re/habilitiraju djecu, spontana motorika od rođenja je „prozor“ ne samo u motorički već i psihički razvoj djece. Rehabilitacija djece se provodi u onih koji su imali razvijene psihomotoričke vještine, ali su ili uslijed neke bolesti ili ozljede izgubili, dok se habilitacija odnosi na djecu koja nisu imala razvijene psihomotoričke vještine, a opterećena faktorima rizika imaju ili potencijalno mogu razviti psihomotoričko odstupanje.

Prema podacima IZJZ u 2015. godini predškolska djeca se najčešće pregledavaju u pedijatrijskom konzilijarnim ordinacijama (43,34%), zatim u otorinolaringološkim ordinacijama (12,77%) te ordinacijama fizikalne medicine i rehabilitacije (11,42%). Zanimljiv je podatak da u ordinacijama koje nemaju ugovor s HZZO-om najčešće dolaze pacijenti radi pregleda u ordinacijama fizikalne medicine i rehabilitacije. Oko 7% djece u dobi od 0-19 godina ima neki oblik teškoća u razvoju. Nadalje podatci HZZJ pokazuju da je godišnje 10-15% neurorizične djece (psihomotorički razvoj usporen je kod 1834 dojenčadi, 577 djece dobi 1-3 godine te 272 dobi 4-6 godina), oko 35 % djece je s prekomjernom tjelesnom masom, dok 20% učenika osnovnih i 27% učenika srednjih škola ima nepravilno tjelesno držanje.

Nestručna i zakašnjela re/habilitacija pridonosi razvoju različitih stupnjeva invaliditeta. U Hrvatskoj je u Registru osoba s invaliditetom registrirano 5082 osoba koje imaju znatno oštećenje i invaliditet temeljem dijagnoze cerebralne paralize, a 1778 ih je u dječjoj dobi (0 - 19 god).

Fizijatri koji svaki dan rade s djecom donose odluke koje se odražavaju na život djece, mladih i njihovih roditelja. Plan zbrinjavanja, izrada kratkoročnih i dugoročnih ciljeva u sklopu ambulantne i/ili stacionarne (re)habilitacije, broj posjeta koji su potrebni da bi se postigao željeni učinak i evaluacija učinkovitosti samo su neke od tih kompetencija. Za optimalnu (re)habilitaciju potrebno je znanje iz područja pedijatrije, dječje ortopedije, logopedije, psihologije, obilježja normalnog rasta i razvoja, te principa rehabilitacijske medicine. Uz dodatnu specifičnu edukaciju iz dječje rehabilitacije (npr. Bobath koncept,

Vojta princip itd.) fizijatar mora biti kompetentan prepoznati odstupanja u psihomotoričkom razvoju i simptome neurorizika, procijeniti potrebu uključivanja djeteta u program fizikalne terapije i pratiti uspjeh fizikalno-terapijskih intervencija. Kompetencije za re/habilitaciju, ali i odgovornost za ishod re/habilitacije djeteta prvenstveno je na dječjim fizijatrima.

Fizijatar s užom specijalizacijom iz dječje rehabilitacije ima potrebu za konzultacijom i intervencijom drugih struka, ovisno o jasno izrađenom individualnom planu. U sustavu skrbi za djecu s odstupanjima u razvoju nužno je da voditelj multidisciplinarnog tima bude fizijatar s užom specijalizacijom iz dječje rehabilitacije. Postojanjem takve uže specijalizacije, dječji fizijatri bi preventivnim programima i pravovremenim re/habilitacijskim modalitetima liječenja na kvalitetan način kao vodeći stručnjaci koordinirali i rad sustava zdravlja, školstva i socijalne zaštite. Zajednički cilj multidisciplinarnog pristupa rehabilitacijskog tima, pod vodstvom dječjeg fizijatra, je individualni pristup, dostizanje postavljenih ciljeva, osnaživanje obitelji, postizanje što bolje razine funkcionalnosti koja će poticati na aktivnosti te će pojedincima omogućiti puno i ravnopravno sudjelovanje u društvu. Stoga je razvidan značaj područja djelovanja i rada dječjeg fizijatra kao i njegova uloga u sveukupnom razvoju društva.

Ističemo da je sve prisutnije je uplitanje različitih suradnika u naše kompetencije koje smo stekli edukacijom na medicinskom fakultetu i preuzimanje dijela poslova za koje smo osposobljeni i ovlašteni Komorinom licencom.

Napominjemo da su već poduzeti i neki konkretni koraci u smjeru profiliranja dječje rehabilitacije. Tako je upravo zbog nedostatka te subspecijalizacije 2. prosinca 2013.g. pri Društvu za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu HLZ-a osnovana Sekcija dječje re/habilitacije. Ona broji 47 specijalista fizijatara koji se bave ovom kazuistikom. HZZO je početkom 2016.g. usvojio novu DTP šifru SK125, koju provodi doktor medicine - specijalist fizikalne medicine i rehabilitacije - dječji fizijatar.

## **Rehabilitacija osoba s amputacijom udova**

S obzirom na specifičnost područja u kojem se preklapaju tehničke i medicinske specijalnosti, rehabilitacija osoba s amputacijom udova predstavlja zahtjevno područje, u kojem bi se u provođenju složenog rehabilitacijskog programa na čelu multidisciplinarnog rehabilitacijskog tima trebao nalaziti specijalist fizikalne medicine i rehabilitacije s posebnim znanjima i vještinama, ne samo iz ovog specifičnih područja medicine, odnosno fizikalne medicine i rehabilitacije nego i iz područja protetičke tehnike i primijenjene protetike. Iako se tijekom specijalističkog usavršavanja jedan njegov dio odnosi na rehabilitaciju osoba s amputacijom. Radi se o dijelu od svega 3 mjeseca i to

kao dio zajedničkog dijela za ortotiku, protetiku i rehabilitaciju osoba s amputacijom udova. To je apsolutno premalo da bi se kvalitetno usvojila znanja i vještine potrebne u specifičnostima rehabilitacije osoba s amputacijom udova. Uz znanja iz fizikalne i rehabilitacijske medicine ona je povezana s drugim srodnim strukama (prvenstveno ortopedijom i traumatologijom), a ono što je važno istaknuti je da je upravo rehabilitacija osoba s amputacijom udova primjer potrebe za multidisciplinarnim pristupom u kojoj je specijalist fizikalne medicine i rehabilitacije najpozvaniji da bude nositelj tog tima.

Prema podacima HZJZ (Izviješće o osobama sa invaliditetom u RH) 2017. godine 147 osoba bilo je s amputaciju gornjih udova (GU), a 378 s amputacijom donjih udova (DU). Najčešći razlozi amputacija su šećerna bolest (njezine komplikacije), odnosno aterosklerotska bolest arterija, a potom tu su tumori, traume i drugi razlozi. Osobe s amputacijom udova trebaju primarnu protetičku opskrbu (ako je ona moguća), a potom uz program odgovarajuće i kompleksne rehabilitacije sekundarnu (trajnu) protetičku opskrbu, s tim da te osobe cijeli ostatak života trebaju redovitu kontrolu, prilagodbu protetičke opskrbe i osvježanje programa rehabilitacije. Jedino na taj način se mogu maksimalno uklopiti u društvo u svojoj punini.

Specifična konfiguracija naše zemlje kao i prometna povezanost, možda su u nekom trenutku i bili opravdanim razlogom organiziranja protetičke rehabilitacije na regionalnom nivou, ali sama dostupnost adekvatne zdravstvene skrbi bolesnika s amputacijama udova, iako važan, nije dovoljan argument ako razumijemo problematiku protetičke rehabilitacije kako sa medicinskog tako i s tehničkog aspekta. Slijedom navedenog, a uzimajući u obzir epidemiološke podatke kao i broj stanovnika u RH, te i specifičnu konfiguraciju i prometnu povezanost, mišljenja smo da su unutar našeg zdravstvenog sustava trenutno, dostatna 3 regionalna centra u kojima bi se provodila protetička opskrba i rehabilitacija. Predlažemo da uži specijalisti iz fizikalne medicine i rehabilitacije s užom specijalizacijom iz rehabilitacije osoba s amputacijom udova rade u jednom centru za kontinentalnu Hrvatsku koji bi pružao skrb bolesnicima županija istočne i zapadne Slavonije, drugi za centralnu Hrvatsku, koji bi pružao skrb bolesnicima županija sjeverozapadne i središnje, te planinske Hrvatske, te treći koji bi pružao skrb bolesnicima županija uz morsku obalu te na otocima. Jedan od ta tri centra bio bi nacionalni/referalni, istome bi gravitirali bolesnici zahtjevnije protetičke opskrbe i rehabilitacije, izraženog komorbiditeta. Sva tri centra trebala bi pored administrativnog kadrovskog normativa, zadovoljiti posebno i stručni kadrovski normativ, a isto tako imati zadovoljavajuću tehničko uvjeto za provođenje primarne i sekundarne protetičke opskrbe i rehabilitacije. Inicijalno je slijedom navedenoga potrebno provesti edukaciju iz uže specijalizacije za minimalno 9 specijalista fizikalne medicine i rehabilitacije, uža specijalizacija rehabilitacija osoba sa

amputacijama udova . Daljnja dinamika edukacije (npr. prema nekim projekcijama do ukupno 20 uži specijalista) ovisi o definiranoj organizaciji institucija koje ovu vrst zdravstvene skrbi pružaju unutar sustava, njihovom broju i posteljnim kapacitetima, što još nije konkretnije definirano, a isto tako i o tijeku, te posebno o učincima najavljene reforme zdravstvenog sustava u cjelini.

## Reumatološko-ortopedska rehabilitacija

Reumatologija i ortopedija su dvije struke koje imaju veliku tradiciju i značenje u hrvatskoj medicini. I jedna i druga su usko povezane s fizikalnom medicinom i rehabilitacijom, što je i logično i stručno opravdano, jer se obje struke odnose na bolesti i stanja primarno ili isključivo lokomotornog sustava, a što je tradicionalno i temeljno područje fizikalne medicine i rehabilitacije. Hrvatsko reumatološko društvo Hrvatskoga liječničkoga zbora osnovano je 1947. godine kao Sekcija za reumatologiju, balneoklimatologiju i fizikalnu medicinu u ILZ-a, a upravo iz nje su se odvojila dva društva koja su najaktivnija u području konzervativnog liječenja bolesti i stanja lokomotornog sustava, Hrvatsko reumatološko društvo i Hrvatsko društvo za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu. Povezanost jedne i druge struke očituje se u činjenici da je jedina do sad uža specijalizacija iz fizikalne medicine i rehabilitacije upravo ona iz reumatologije. Najaktivnije razdoblje djelovanja specijalista fizijatara u navedenom Društvu bilo je još više od godine 1992. čega su rezultat redoviti godišnji reumatološki kongresi, organizirana okupljanja reumatologa te djelovanja kroz brojne simpozije, tečajeve (uključivo „reumatološke škole“). Reumatologija je u međuvremenu sasvim opravdano posebna specijalizacija. Povijest ortopedije u Hrvatskoj započinje radom profesora Božidara Špišića koji je godine 1908. osnovao privatni ortopedski zavod, a godine 1914. Ortopedski institut za ratne ozljeđenike. Od početka je ortopedija bila vezama uz rehabilitacijsku medicinu. Tako su u Zagrebu osnovane tri bazične ortopedske ustanove, i to: Ortopedska bolnica, Invalidska škola i Ortopedska radionica, gdje se provodila kompletna medicinska i profesionalna rehabilitacija ratnih invalida, a ortopedski odjel u bolnici Sveti Duh je preleća današnje ortopedije.

Potreba za reumatološkom/ortopedskom rehabilitacijom iz dana u dan sve je veća. Razlog tome je prije svega sve viša učestalost reumatskih bolesti, kod kojih je integralni dio liječenja upravo provodi kroz metode i tehnike fizikalne medicine i rehabilitacije, te povećan broj ortopedskih zahvata (najveći dio opet kao posljedica reumatskih bolesti: osteoartritis, reumatoidni artritis i dr.) na čiji ishod bitno utječu rehabilitacijski postupci. Primjorico kronična bol lokomotornog sustava, koja je najčešće posljedica upravo reumatskih bolesti, u Europi pogađa oko 100 milijuna ljudi, odnosno smatra se da zahvaća u prosjeku svaku četvrtu osobu u razvijenim zemljama (Grazio, 2009., i Brevik

et al., 2006.). U Republici Hrvatskoj bolesti mišićno – koštanog sustava, čiji je glavni predstavnik upravo reumatološko-ortopedska kazuistika su kod muškaraca na 9. mjestu po učestalosti, dok su kod žena na 4. mjestu. Nadalje, oko 15% posjeta liječniku obiteljske uzrokovano je simptomima lokomotornog sustava (Grazio, 2009.). Treba napomenuti i specifično povećanje ukupnog broja bolesnika s kroničnih upalnim i degenerativnim reumatskim bolestima u populaciji uopće zbog produljenja očekivanog životnog vijeka bolesnika. Nadalje, danas se u Hrvatskoj izvode brojni ortopedski zahvati što rezultira povećanom potrebom za ortopedskom rehabilitacijom. Godišnje se ugradi nekoliko tisuća endoproteza i isto toliko izvrši artroskopskih operacija, rade se rekonstruktivni zahvati kralježnice, korijenskih i perifernih zglobova. Kirurški se liječe i neki bolesnici s tendinopatijama, sindromima prenaprežanja i kanalikularnim sindromima. Poznato je da visoka prevalencija reumatskih i ortopedskih bolesti i stanja povezana sa značajnom oncosposobljenošću, te da je opterećena visokim direktnim indirektnim troškovima. Iako ne tako česte, ali specifično je kirurško i ostalo liječenje tumora koštano-mišićnog sustava, koje zahtjeva osobitosti u fizikalno-terapijskom i rehabilitacijskom pristupu.

Unatoč povećanoj potrebi za reumatološkom/ortopedskom rehabilitacijom bazična edukacija iz područja reumatskih bolesti (ukupno 3 mjeseca) te ortopedsko rehabilitacije (ukupno 2 mjeseca) koja se stiče lijekom specijalističkog usavršavanja iz fizikalne i rehabilitacijske medicine nedostatna je. Naime, ne mogu se usvojiti specifična znanja i vještine za provođenje dijagnostičkog i terapijskog postupka, te odgovarajućeg fizikalno-terapijskog i rehabilitacijskog pristupa tim bolesnicima. Tu bi se posebno trebale istaknuti specifičnosti upalnih reumatskih bolesti u koje spadaju reumatoidni artritis, seronegativni spondiloartritis (uključivo psorijatični artritis), sustavni eritemski lupus, sustavna skleroza, Sjogrenov sindrom, dermatomiozitis/polimiozitis, nediferencirana bolest vezivnog tkiva, vaskulitisi, sarkoidoza, imunodeficijencije i poremećaj sustava komplementa, u kojih su, osim lokomotornog sustava zahvaćeni i drugi organi i organski sustavi. Posebni naglasak je na stjecanje kompetencija za praćenje kroničnog reumatološkog bolesnika, uključujući laboratorijske i radiološke nalaze, te odluke o hospitalizaciji (akutnom liječenju ili akutnoj ili održavajućoj rehabilitaciji). Vežano za zglobne bolesti koji su iz kruga reumatoloških i ortopedskih bolesti i stanja nameću da uži specijalist iz reumatološko-ortopedske rehabilitacije treba imati specifična znanja, vještine i kompetencije za evaluaciju strukturnih promjena zgloba ili kralježnice putem slikovnih dijagnostičkih metoda (prvenstveno ultrazvučne dijagnostike), za punkcije, infiltracije i manje artroskopske zahvate zglobova (uključivo i kralježnicu) i okolozglobnih struktura, za specifične laboratorijske dijagnostičke metode, te za evaluaciju radne sposobnosti. Što se tiče ortopedije danas postoje brojni i različiti zahvati (od minimalno invazivnih do



onih opsežnih), a svaki od njih ima svoje specifičnosti koje bitno utječu na ishod liječenja. Odlično poznavanje takvog kirurškog liječenja preduvjet je optimalne rehabilitacije ortopedskih bolesnika, uz sprječavanje ili smanjenje rizika za komplikacije. Suvereno vladanje rehabilitacijskim postupcima, koje uključuje indiciranje vrste i slijeda rehabilitacijskih postupaka, prepoznavanje mogućih poteškoća tijekom rehabilitacije i procjena ishoda rehabilitacije nužno je jer se rehabilitacija bolesnika nakon ortopedskih zahvata treba provoditi pod nadzorom specijalista fizikalne medicine i rehabilitacije sa specifičnim znanjima, vještinama i kompetencijama iz ovog užeg područja.

Vrlo aktualan i pragmatičan razlog posebice iz aspekta potreba bolesnika koji opravdava potrebu za užom specijalizacijom je nedostatan broj reumatologa u Hrvatskoj. Naimo imperativ u liječenju reumatskih bolesti je rano dijagnosticiranje i pravodobno liječenje. Vrijeme čekanja na pregled reumatologa u Hrvatskoj koji iznosi više mjeseci do čak jedne godine ili i duže mogao bi biti smanjen povećanjem broja užih specijalista koji bi dijelom pokrili postavljane osnovane sumnje i inicijalne obrade za bolesnike s upalnim reumatskim bolestima, a bez provođenja specifične terapije. Time se uži specijalisti iz područja fizikalne i rehabilitacijske medicine ne bi uplitali u područje rada reumatologa, ali bi se bi se kroz njihov rad napravio bolji probir bolesnika koji dolaze na pregled (sub)specijalistima reumatolozima. Dakle, mudro bi bilo gledati na užu kroz prizmu potrebe skrbi za ovu grupu bolesnika, koja je sad, a pretpostavljamo kroz najmanje sljedećih desetak godina nedostatna.

Zaključno, bolesnici iz kruga bolesti reumatologije i ortopedije trebaju kvalitetnu i dostupnu skrb užih specijalista iz fizikalne medicine i rehabilitacije koji bi bili posebno posvećeni ovom području čime bi se poboljšala zdravstvena skrb ove značajne grupe bolesti, smanjila inače visoka stopa nesposobnost koja prati ove bolesti, smanjili troškovi te poboljšala kvaliteta života ovih bolesnika.

## Rehabilitacija neuroloških bolesnika

Uža specijalizacija iz neurološke rehabilitacije, tj. područje rada užeg specijalista neurološke rehabilitacije uključuje stanja nakon ozljede ili bolesti centralnog ili perifernog živčanog sustava koje limitira osobu u aktivnostima i dovodi do restrikcija u participaciji. Ovdje pripadaju gotovo sve bolesti i stanja živčanog sustava opisane u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema: upalne bolesti, sistemne atrofije, ekstrapiramidalni poremećaji, demijelinizirajuće bolesti, epizodni i paroksizmalni poremećaji, poremećaji živaca, korijenova i pleksusa, polineuropatije, poremećaji mišićno-uralne veze i mišića, cerebralna paraliza i ostali paralitični sindromi (posljedice moždanog udara, ozljede mozga ili kralježnične moždine) i ostalo. Bez

obzira na uzrok onesposobljavajućeg stanja, specijalist fizikalne medicine i rehabilitacije koristeći znanja, vještine i kompetencije stečene tijekom uže specijalizacije u sklopu multi-profesionalnog timskog rada doprinosi oporavku struktura i funkcija tijela, svladavanju limitacija u aktivnosti i restrikcija u participaciji, čime se povećava kvaliteta života pacijenta i njemu važnih osoba, te umanjuje potrebna razina skrbi na korist društvu u cjelini.

Specijalisti fizikalne medicine i rehabilitacije su i kurikularno, tijekom specijalističkog usavršavanja, usmjereni na poslizanje aktivnosti i participacije kao najvažnijeg ishoda rehabilitacijskog procesa i dugoročne skrbi. Onesposobljenost pacijenta s paralizom dijelova tijela, organa i organskih sustava te deficitom osnovnih i naprednijih funkcija zahtjeva fokusirano napore tima stručnjaka, od akutne i rehabilitacijske faze do kroničnog doživotnog zbrinjavanja, koje koordinira specijalist fizikalne medicine i rehabilitacije s posebnim znanjima i iskustvom u rehabilitaciji bolesnika i poznavanjem specifičnih potreba ne samo bolesnika, već i obitelji i društva. To je vitalno važno u zbrinjavanju, a potom i u resocijalizaciji pacijenta. Tome valja pridodati postizanje kompetencija u vođenju rehabilitacijskih postupaka kod pacijenata s najtežim posljedicama nakon traumatske ozljede mozga, ozljede kralježnične moždine, paralize nakon moždanog udara i demijelinizirajućih bolesti poput multiple skleroze. Pravodobna i stručna skrb kod ovih stanja u nekim slučajevima znači i preživljenje pacijenata, uz povećanje kvalitete života.

Kurikularno, razdvojili bismo program uže specijalizacije Neurološke rehabilitacije u nekoliko većih područja: stanje nakon moždanog udara (hemiplegija), stanje nakon traumatske ozljede mozga, stanje nakon ozljede kralježnične moždine (paraplegija i tetraplegija), demijelinizacijska stanja (multipla skleroza), i ostale bolesti (neurodegenerativne, neuromuskularne, bolesti i ozljede perifernog živčevlja). Smatramo da u našim zdravstvenim ustanovama, koje i sada provode najsloženije postupke rehabilitacijske medicine ovih stanja postoje dovoljni kadrovski i prostorni kapaciteti za provođenje programa uže specijalizacije. Uži specijalist neurološke rehabilitacije mogao bi, sa svojim multi-profesionalnim timom stručnjaka kvalitetnije voditi cjelovitu rehabilitaciju i dugoročno praćenje osoba s onesposobljenošću proizašlom iz neuroloških bolesti i ozljeda.

**Prof. dr. sc. Tonko Vlák, prim. dr. med.**

Predsjednik Hrvatskog društva za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu HLZ-a

**Prof. dr. sc. Simeon Grazio, prim. dr. med.**

Voditelj specijalističkog usavršavanja iz fizikalne medicine i rehabilitacije pri MZRH