

ny nemocných. V době epidemie telerehabilitace a distanční terapie prokázala přidanou hodnotu z hlediska zajištění kontinuity péče bez zvýšení rizika expozice viru pro pacienty a zdravotníky.

Problematika lokální a časové dostupnosti ambulantní rehabilitační péče

V běžné klinické praxi se nezdíka objevuje problém s dispenzariací pacienta a zajištěním neurologické a specializované rehabilitační péče v ambulantním prostředí. Problém je akcentován v oblastech mimo velká města a u pacientů se zhoršenou mobilitou. Zhoršená dostupnost či absence specializované rehabilitační péče, zejména v prvním měsíci po propuštění z lůžkové rehabilitace, vede ke zhoršení motivace pacienta pokračovat v doporučených domácích cvičeních, tréninku mobility a sebeobsluhy. Snížená intenzita cvičení může vést také k útlumu původně facilitovaných neuroplastických změn a ke zhoršení funkčního stavu pacienta.

Faktory ovlivňující telerehabilitaci

Často zmiňovanými pozitivními faktory jsou úspory nákladů na dopravu a čas, přenesení terapie do domácího prostředí pacienta a efektivní čerpání terapeutického času. Limitujícím faktorem je větší absence přímé sociální interakce terapeuta s pacientem, nemožnost taktilní korekce pacienta, nízká digitální gramotnost pacienta, zajištění kvalitního signálu a spojení, zajištění bezpečí a ochrany osobních dat (GDPR), lokální socioekonomické poměry a nedostatečná zdravotně právní legislativa, která brání v rozvoji telerehabilitace a telemedicíny.

Koncepce domácí péče, podpora terapie ve vlastním sociálním prostředí pacienta

Věstník MZ ČR uvádí: „Tato koncepce je cílena pouze na zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Dále jen „domácí péče“, kterou se s odkazem na zákon o zdravotních službách rozumí ošetrovatelská, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče, s odkazem na zákon o veřejném zdravotním pojištění jako zvláštní druh ambulantní péče, prostřednictvím které je zajišťována pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci odborné péče v jejich vlastním sociálním prostředí.“ (6).

Současná demografická zátěž v EU představuje přibližně čtyři osoby v produktivním věku na jednu osobu starší 65 let (7), s odhadem poklesu na 2 osoby v produktivním věku do roku 2050.

Demografické změny se již nyní projevují v zátěži zdravotního systému a úhradách plátců zdravotního pojištění (ZP). Data z Českého statistického úřadu ukazují růst výdajů na zdravotní péči o více než 40 % v průběhu desetiletí 2010 až 2019 z 334,5 na 477,7 miliard korun (8), ještě před vypuknutím globální pandemie. Všeobecná zdravotní pojišťovna uvádí nárůst počtu klientů s Alzheimerovou chorobou zhruba o čtvrtinu na 47 255 za rok 2020 ve srovnání s rokem 2016, kdy evidovali 38 543 klientů. Náklady VZP na léčbu Alzheimerovy choroby vzrostly na přibližně 1,5 miliardy korun v roce 2020 oproti necelé miliardě korun v roce 2016 (9).

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) doporučuje rozlišovat jasně definovanou kurativní zdravotní péči pro zlepšení zdravotního stavu (rehabilitace, doléčení, léčení) a dlouhodobou péči, kde je cílem především kompenzace

Obr. 3. Kladrubský model distanční terapie (schéma)

