

DESET LET IZKUŠENJ Z REHABILITACIJO BOLNIKOV PO MOŽGANSKI KAPI V STARI GORI *TEN YEARS OF EXPERIENCE WITH REHABILITATION OF PATIENTS AFTER STROKE IN STARA GORA*

Jurij Karapandža, dr. med., Sonja Šinigoj Cijan, dr. med., Nataša Koglot Jelerčič, dr. med.
Splošna bolnišnica "dr. Franca Derganca" Nova Gorica

Povzetek

Izhodišča:

Možganska kap (MK) predstavlja enega vodilnih vzrokov zmanjšane zmožnosti odraslih v sodobnem svetu. Vsaj polovica bolnikov po možganski kapi ostane trajno onespособljenih. Z bolnišnično rehabilitacijo bolnikov po MK smo v Stari Gori začeli leta 2004.

Metode:

Z retrospektivno raziskavo smo želeli preveriti obseg in uspešnost izvajanja rehabilitacije za bolnike po MK v Stari Gori. Zajeli smo zadnjih 74 bolnikov, hospitaliziranih v letih 2013 in 2014, ki so bili v bolnišničnem informacijskem sistemu vpisani s prvo diagnozo po MKB I60-67 ali G81-82. Spremljali smo čas od nastanka MK do sprejema na rehabilitacijo, stopnjo motorične okvare, prisotnost motenj sporazumevanja, oceno na Lestvici funkcijske neodvisnosti (FIM) ob sprejemu in odpustu, trajanje rehabilitacije, prisotnost zapletov in podatek, kam so bili bolniki odpušeni.

Rezultati:

Povprečna starost bolnikov je bila 72 let, več je bilo moških (63 %). Na rehabilitacijo so prišli povprečno 26 dni po sprejetju v akutno bolnišnico s povprečno oceno FIM 56 točk. Rehabilitacija bolnikov je v povprečju trajala 44 dni in večina (63 %) jih je imela dodatne zdravstvene zaplete. Med rehabilitacijo so bolniki pridobili v povprečju več kot 20 točk na lestvici FIM. Ob odpustu je bilo pomembno manj bolnikov v skupini z oceno FIM manj kot 40 točk in pomembno več v skupini z oceno FIM z več kot 80 točk.

Abstract

Background:

Stroke is one of the leading causes of adult disability in the modern world. More than half of all stroke patients are left dependant on others for everyday activities. Inpatient rehabilitation of patients after stroke was introduced in the Stara Gora hospital in 2004.

Methods:

The retrospective study was carried out in order to evaluate the extent and outcome of rehabilitation of stroke patients in our hospital. The last 74 patients who were treated in 2013 and 2014 were enrolled in the study. They were identified from the hospital information system as diagnosed with the main ICD code I60-67 or G81-82. The data about interval between stroke onset and admission to rehabilitation, level of motor impairment, presence of communication difficulties, admission and discharge disability level (as measured by the Functional Independence Measure – FIM), length of rehabilitation stay, occurrence of medical complications and data about discharge home were recorded.

Results:

The average age of patients was 72 years; 63 % of them were male. The postacute inpatient rehabilitation was started on average 26 days after admission into acute hospital. The average admission FIM score was 56. The mean length of rehabilitation stay was 44 days; 63 % of stroke patients had other medical complications. During the rehabilitation patients gained more than 20 FIM points on average. At discharge, the number of patients in the functional group with FIM score below 40 reduced whereas the number of patients with FIM score above 80 increased significantly.

Zaključki:

V desetletnem obdobju je bilo v Stari Gori v bolnišnično rehabilitacijo vključenih več kot 300 bolnikom po MK. Kljub visoki povprečni starosti, slabemu funkcijskem stanju bolnikov ob začetku rehabilitacije in pogostih zdravstvenih zapletih ugotavljamo, da je z rehabilitacijskim programom takoj po končani akutni obravnavi mogoče doseči pomembno izboljšanje funkcijskega stanja in visok delež (82 %) odpustov v domače okolje.

Ključne besede:

možganska kap; izid rehabilitacije; Lestvica funkcijske neodvisnosti; trajanje rehabilitacije; odpust domov

Conclusions:

During the period of ten years, more than three hundred stroke patients have been treated at the Stara Gora hospital. Despite the advanced age, low functional status at admission and high occurrence of medical complications in our group of stroke patients, the results show that it is possible to achieve notable improvement of functional outcome and a high proportion (82 %) of discharge home.

Key words:

stroke; rehabilitation outcome; Functional Independence Measure; lenght of stay; home discharge

UVOD

Možganska kap (MK) je eden vodilnih vzrokov obolevnosti in zmanjšane zmožnosti v sodobnem svetu. Letno prizadene vsaj 0,2 % populacije in več kot 1 % ljudi, starejših od 65 let. Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje v Sloveniji zaradi možgansko-žilnih bolezni na novo zboli okoli 4.400 oseb na leto. Vsaj polovica bolnikov po MK ostane trajno onespособljenih, zaradi česar predstavlja ta bolezen prvi vzrok zmanjšane zmožnosti na različnih področjih funkcioniranja posameznika. Kot posledica staranja prebivalstva se povečuje tudi stopnja umrljivosti zaradi možganske kapi (1).

S problemom rehabilitacije po MK v goriški regiji smo se začeli intenzivneje ukvarjati pred 15 leti. Po podatkih, ki smo jih pridobili pri takratnem Inštitutu za varovanje zdravja, je bilo leta 1998 v šempetrski bolnišnici hospitaliziranih 256 bolnikov z diagnozo možganske kapi. Od tega je bilo manj kot 10 % deležnih nadaljnje rehabilitacije. Leta 2004 je na pobudo Oddelka za invalidno mladino Stara Gora Razširjeni strokovni kolegij za fizikalno in rehabilitacijsko medicino sprejel sklep, s katerim podpira postopno prestrukturiranje oddelka v sodoben Center za rehabilitacijo. Istega leta smo na rehabilitacijo sprejeli prve bolnike po MK. Indikacije za rehabilitacijo se od takrat niso spreminjale: 1) stanje po MK in druge težje okvare zaradi nevroloških okvar; 2) prisotnost pomembnega nevrološkega deficita; 3) prizadetost vsaj dveh področij funkcioniranja posameznika; 4) raven kognitivnih in komunikacijskih sposobnosti, ki omogoča učenje; 5) telesne zmogljivosti, ki omogočajo sodelovanje v terapevtskem programu in 6) določljivi terapevtski cilji.

Naš cilj je zagotoviti bolnikom po MK, ki ustrezajo merilom za sprejem, ustrezno rehabilitacijo na regionalni ravni, kar pomeni bližje kraju bivanja.

V desetih letih smo pridobili precej izkušenj, izboljšali programe in nabavili opremo za učinkovito rehabilitacijo večjega dela bolnikov goriške regije, ki potrebujejo nadaljnjo

rehabilitacijo po zaključeni akutni bolnišnični obravnavi zaradi MK.

Z retrospektivno raziskavo smo želeli preveriti obseg in uspešnost izvedbe programa rehabilitacije za bolnike po MK v Stari Gori.

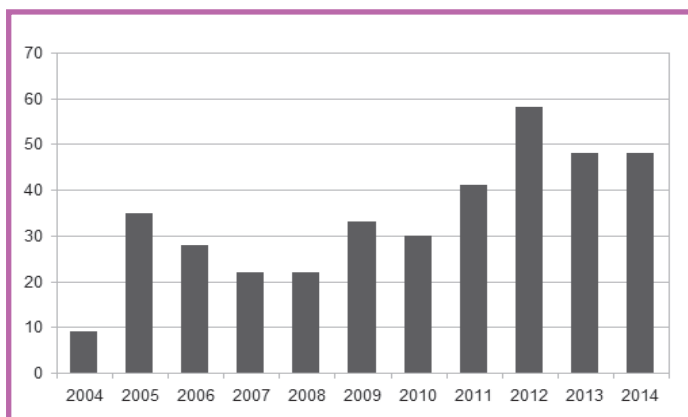
METODE

Z raziskavo smo želeli dobiti čim bolj natančne podatke o številu bolnikov po MK, ki so bili po zaključeni akutni obravnavi deležni nadaljnje bolnišnične rehabilitacije v Stari Gori, in podatke o izidu njihove rehabilitacije. Podatke o bolnikih smo pridobili v bolnišničnem informacijskem sistemu Birpis, v katerem smo poiskali vse bolnike z glavno diagnozo po MKB I60-I67, G81-82. Iz celotne skupine smo izločili bolnike, pri katerih vzrok ni bila jasna in dokazana akutna ali ponovna možganska kap in bolnike po subarahnoidni krvavitvi.

V ocenjevanje izida rehabilitacije smo tako vključili zadnjih 74 sprejetih bolnikov v letih 2013 in 2014. Upoštevali smo le podatke, ki jih je bilo mogoče pridobiti pri vseh bolnikih v njihovi odpustni dokumentaciji, in sicer: čas od nastanka MK do sprejema na rehabilitacijo, stopnja motorične okvare (orientacijska ocena – lažja, zmerna, težka), prisotnost pomembne motnje sporazumevanja (disfazije, dizatrije, drugi vzroki), oceno na lestvici funkcionalne neodvisnosti (FIM) ob sprejemu in ob odpustu, prisotnost zapletov, ki so vplivali na potek in trajanje rehabilitacije (zapleti zaradi okužb, drugih kroničnih bolezni, nevroloških zapletov ipd.), trajanje rehabilitacije in podatek, kam je bil bolnik odpuščen.

REZULTATI

V obdobju slabih desetih let (od druge polovice leta 2004 do novembra leta 2014) je bilo v rehabilitacijske programe vključenih 350 bolnikov z diagnozami hemipareze ali možgansko-žilnih dogodkov. Opazno je naraščanje števila bolnikov (Tabela 1).

Tabela 1. Število bolnikov po letih.

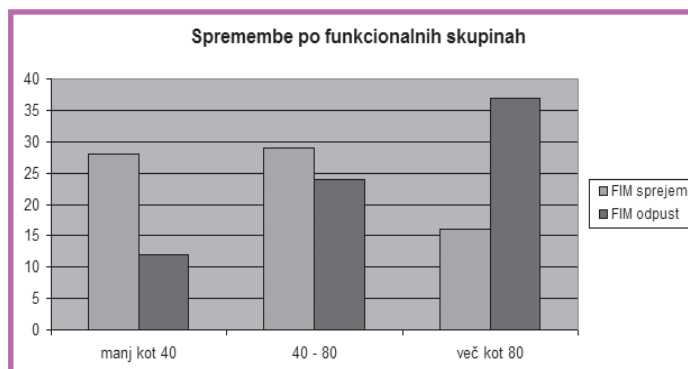
Za natančnejšo analizo smo po navedenih merilih vzeli skupino zadnjih 74 bolnikov, sprejetih v letih 2013 in 2014. Povprečna starost v tej skupini je bila 72,05 let (SD 12,5), delež moških bolnikov je bil bistveno večji (63 %) od ženskega (37 %). Ob sprejemu na rehabilitacijo je imelo 66,2 % bolnikov težave na področju sporazumevanja. Pareza udov je bila v 56,8 % opredeljena kot težja, v 24,3 % kot zmerna in v 18,9 % kot lažja.

Povprečni čas od sprejema v akutno bolnišnično obravnavo do sprejema na rehabilitacijo je bil 26,3 dni (SD 24,4). Etiopatogenetski mehanizem je bila v 85 % primerov ishemična okvara in v 15 % možganska krvavitev, bodisi primarna ali sekundarna po ishemiji (subarahnoidne krvavitve niso vključene v raziskavo).

Povprečna ocena funkcionalnega stanja na podlagi lestvice funkcijske neodvisnosti (FIM) je bila ob sprejemu 55,7 točk (SD 26,8), ob odpustu pa 77,1 točk (SD 32,3). Rehabilitacija je v povprečju trajala 43,5 dni (SD 22,7). Večina bolnikov (63,5 %) je imela v obdobju rehabilitacije pomembne zdravstvene zaplete, ki so vplivali tako na potek kot na trajanje. Med zaplete nismo uvrstili manjših zdravstvenih odklonov ali težav, ki spadajo v klinično sliko stanja po MK.

Povprečni FIM ob odpustu je bil 77,1 točk (SD 32,3). Glede na oceno ob sprejemu je razlika statistično značilna ($p < 0,001$). Pri bolnikih z zapleti je bila rehabilitacija v povprečju daljša za 7 dni in končni izid slabši (69,6 točk); tudi ta razlika je bila statistično značilna. Bolniki v starostni skupini do 74 let so v povprečju pridobili 25,6 točk (povprečni odpustni FIM 85,3), v starejši skupini 75 in več let pa 16,2 točk (povprečni odpustni FIM 66,7). Po končani rehabilitaciji se je 82,4 % vseh bolnikov vrnilo v domače okolje, ostali so bili premeščeni v drugo ustanovo (dom starejših občanov, akutna bolnišnica ali URI - Soča). Bolniki, ki so bili odpuščeni v ustanovo za dolgotrajno oskrbo, so imeli na lestvici funkcionalne neodvisnosti pomembno nižjo povprečno oceno (42,5 točk).

Za nazornejši prikaz izida rehabilitacije smo bolnike na podlagi odpustne ocene FIM razdelili v 3 funkcionalne skupine: manj kot 40 točk, od 40 do 80 točk in več kot 80 točk (Tabela 2).

Tabela 2. Število bolnikov po funkcionalnih skupinah FIM ob sprejemu in odpustu.

RAZPRAVA

Upoštevajoč splošno incidenco MK (pribl. 0,2 %) in število prebivalcev v goriški regiji (pribl. 100.000) bi bilo pričakovano število bolnikov po MK pribl. 200 na leto. Dejansko je številka verjetno nekoliko večja zaradi nadpovprečnega deleža prebivalcev v starostni skupini nad 65 let. Menimo, da smo z doseženo zmogljivostjo rehabilitacije 40 do 50 bolnikov na letni ravni bistveno izboljšali oskrbo in kakovost življenja bolnikov po MK v goriški regiji.

Drugi pomemben podatek, ki smo ga pridobili z raziskavo, je čas od nastopa MK do sprejema na rehabilitacijo. V avstralski raziskavi so ugotovili, da krajši čas akutne obravnave in nižja ocena FIM ob sprejemu na rehabilitacijo nimata negativnega vpliva na končni izid rehabilitacije (2). Pri nas je ta čas še vedno relativno dolg (26,3 dni), vendar velik razpon standardnega odklona (SD 26,3) potrjuje, da je v številnih primerih premestitev na rehabilitacijski oddelk mogoča že po enem tednu do dveh akutne obravnave.

Povprečna starost bolnikov (72,5 let) je do določene mere preslikava starostne strukture populacije goriške regije, pri kateri je delež prebivalcev, starejših od 65 let, največji v državi.

Skoraj vsi bolniki, vključeni v program rehabilitacije po MK, so pridobili na področju funkcionalnih sposobnosti. V povprečju se je ocena FIM povišala za 21,4 točke - s 55,7 na 77,1 točk (razlika je statistično značilna $p < 0,001$), kar ob povprečnem trajanju rehabilitacije pomeni 0,5 točke FIM na dan. To je zadovoljiv napredek, če upoštevamo visoko povprečno starost, nizko vstopno oceno FIM in dodatne zaplete, ki smo jih zabeležili pri 63,7 % bolnikov. Število zapletov je dokaj realno, če ga primerjamo z rezultati šotske multicentrične raziskave, ki je pokazala prisotnost različnih zapletov med hospitalizacijo pri 85 % bolnikov po MK, vendar je bil čas spremljanja 30 mesecev (3). Tudi številne druge raziskave so potrdile negativen vpliv zdravstvenih zapletov na trajanje in končni izid rehabilitacije (4 - 7).

Razlika v izidu rehabilitacije v dveh starostnih skupinah (meja med skupinama je 75 let), upoštevajoč število pri-

dobljenih točk in odpustni FIM, je bila pomembna. To ne pomeni, da starost sama po sebi vodi v slabši izid, ampak so verjetno pridružene bolezni in njihovi zapleti dejavnik, ki vpliva na izid rehabilitacije. Tudi druge raziskave so pokazale, da starost negativno vpliva na izid rehabilitacije, čeprav v manjši meri kot druge klinične okoliščine, kognitivno stanje in socialno okolje, iz katerega bolnik prihaja (7 - 9).

Še bolj nazorno se prednosti intenzivne rehabilitacije kažejo pri spremljanju bolnikov po funkcionalnih skupinah (Tabela 2). Število bolnikov v skupini FIM manj kot 40 se je več kot prepolovilo. Kljub premiku bolnikov z najtežjo funkcionalno okvaro v skupino FIM 40 do 80 se je skupno število tudi v tej skupini zmanjšalo, ker so številni bolniki prestopili v skupino z lažjimi funkcijskimi motnjami. V slednji skupini z oceno FIM več kot 80 točk se je število bolnikov povečalo s 16 na 37.

O uspešnosti rehabilitacije lahko sklepamo tudi na podlagi visokega odstotka odpustov bolnikov v domače okolje (83,7 %). Menimo, da visok odstotek vrnitve v domače okolje ni le odraz funkcionalnega izboljšanja, marveč je tudi rezultat dela s svojci, ki jih med rehabilitacijo sistematično usposabljammo za nadaljnjo nego in nudenje pomoči bolniku po MK po odpustu iz rehabilitacijske ustanove.

Ob uspešnem izvajanju rehabilitacije se porajajo naslednje dileme:

1. Po zaključenem hospitalnem načinu rehabilitacije bolnikom velikokrat svetujemo, da s fizioterapijo in delovno terapijo nadaljujejo v domačem okolju, v okvirih pristojnega zdravstvenega doma. V praksi se dogaja, da te bolnike prevzamejo osebni zdravniki, ki podaljšujejo delovne naloge brez ustreznih kontrolnih funkcionalnih testiranj in se tako nemalokrat rehabilitacija nadaljuje v nedogled, tudi zaradi pritiskov bolnika ali svojcev, ki še pričakujejo izboljšanje. Tako se pogosto po nepotrebnem ustvarjajo predloge čakalne dobe za fizioterapijo in delovno terapijo. Zastavlja se nam torej vprašanje, koliko časa lahko bolniki po zaključeni stacionarni rehabilitaciji še obiskujejo omenjene programe in kdo naj bolnike po MK vodi dalje, osebni zdravnik ali specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine.
2. Problematika visokih in nerealnih pričakovanj bolnikov z nevrološko okvaro in njihovih svojcev, ki nemalokrat pričakujejo in zahtevajo nadaljevanje stacionarne rehabilitacije v drugi ustanovi (sekundarni ali terciarni) kljub temu, da smo realne cilje dosegli, bolnika primerno opremili in svojce usposobili.
3. Problematika odpuščanja bolnikov s hudo funkcionalno okvaro, ki potrebujejo poleg stalnega nadzora, pomoči in nege tudi zagotovitev zahtevnejše zdravstvene oskrbe. To so bolniki, ki imajo npr. umetne telesne odprtine, potrebujejo dodatek kisika, pogoste aspiracije ipd. Možnost namestitve v domove starejših občanov je zanje pogosto omejena, še bolj pa je omejeno število drugih ustreznih ustanov.

ZAKLJUČKI

V desetletnem obdobju smo v Stari Gori omogočili rehabilitacijo več kot 300 bolnikom po akutni MK. Rezultati so pokazali, da so bolniki v povprečju pridobili na področju funkcionalnih sposobnosti več kot 20 točk FIM, in to kljub visoki povprečni starosti in visokemu odstotku zapletov. Rezultati so vzpodbudni tudi zato, ker potrjujejo, da je s pravilnim pristopom in rehabilitacijskim programom, ki se prične takoj po končani akutni obravnavi, mogoče kljub razmeroma slabemu funkcionalnemu stanju bolnikov ob začetku rehabilitacije doseči visok odstotek odpustov v domače okolje.

Zavedamo pa se, da z odpustom iz rehabilitacijske ustanove proces rehabilitacije bolnika po MK ni končan. Tu se odpirajo številne dileme glede ustreznosti vodenja, zastavljanja ciljev, spremljanja izidov in trajanja rehabilitacijskih programov.

Literatura

1. Grad A. Epidemiologija možganske kapi. V: Švigelj V, Žvan B, ur. Akutna možganska kap. Ljubljana: Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni; 2006. p. 1–18.
2. Chan KY, Granger AS, Lee S. When push comes to shove, pulling is better: achieving better outcomes by actively seeking stroke patients for rehabilitation. *Stroke* 2013; 44: 442–7.
3. Langhorne P, Stott DJ, Robertson L, MacDonald J, Jones L. Medical complications after stroke: a multicenter study. *Stroke* 2000; 31: 1223–9.
4. Roth EL, Lovell L, Harvey RL, Bode RK, Heinemann AW. Indwelling urinary catheters, enteral feeding tubes, and tracheostomies are associated with resource use and functional outcomes. *Stroke* 2002; 33: 1845–50.
5. Meyer M, Britt E, McHale HA, Teasell R. Length of stay benchmarks for inpatient rehabilitation after stroke. *Disabil Rehabil* 2012; 34: 1077–81.
6. Piernik-Yoder B, Ketchum N. Rehabilitation outcomes of stroke patients with and without diabetes. *Arch Phys Med Rehabil* 2013; 94: 1508–12.
7. Berlowitz DR, Hoenig H, Cowper DC, Duncan PW, Vogel WB. Impact of comorbidities on stroke rehabilitation outcomes: does the method matter? *Arch Phys Med Rehabil* 2008; 89: 1903–6.
8. Denti L, Agosti M, Franceschini M. Outcome predictors of rehabilitation for first stroke in the elderly. *Eur J Phys Rehabil Med* 2008; 44: 3–11.
9. Bagg S, Pombo AP, Hopman W. Effect of age on functional outcomes after stroke rehabilitation. *Stroke* 2002; 33: 179–85.