



**XII. KONGRES in 144. SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA
STARANJE SLOVENSKEGA PREBIVALSTVA –
GERONTOLOŠKI IN GERIATRIČNI IZZIVI**

Ljubljana, 17. in 18. oktober 2008

Pregledni prispevek/Review article

SPECIFIČNOST REHABILITACIJE STAROSTNIKOV

SPECIFICITY OF THE REHABILITATION OF THE ELDERLY

Zmago Turk,¹ Breda Jesenšek Papež,¹ Eva Turk²

¹ Oddelek za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, Univerzitetni klinični center Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor

² Inštitut za varovanje zdravja republike Slovenije, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

Izvleček

V zadnjem desetletju je prišlo do velikih demografskih sprememb. Ljudje, starejši od 65 let, presegajo 17 % prebivalstva v Evropi. Zaradi daljše življenjske dobe nastajajo tudi dolgoročni zdravstveni problemi starostnikov, kot so kronične degenerativne bolezni, sladkorna bolezen, ateroskleroza, osteoporoza. Te bolezni zahtevajo prilagojen zdravstveni sistem. Zaradi polimorbidnosti je potrebno oblikovati biosocialnomedicinski program oskrbe starostnikov; od oskrbe na domu – do bivanja v institucijah za starostnike. Poškodbe in kronične bolezni starostnikov zahtevajo tudi angažiranje stroke v rehabilitaciji (socialne in medicinske). Najpogosteje se pri starostnikih srečujemo s spremembami mišično-skeletnega sistema zaradi nastankov degenerativnih bolezni, še posebej v hrbtenici in velikih sklepih. To zahteva tako fizikalno kot medikamentno zdravljenje.

Poškodbe zahtevajo urgentno rehabilitacijo takoj po dogodku ali operativnem posegu. V bolnišnicah uporabljamo različne metode fizikalne in rehabilitacijske medicine, upoštevajoč soobolevnost bolnika in vse omejitve zaradi tega. Najpogostejše poškodbe so zlomi podlahti, nadlahtnice, osteoporotični zlomi vretenc in zlomi kolkov. Sodobna zdravstvena oskrba je sestavljena iz kirurškega posega, tudi endoprotetike, zgodnje medicinske rehabilitacije in poznejše oskrbe in nege v domačem okolju. Žilne bolezni zahtevajo posebej zahtevno rehabilitacijo po možgansko-žilnih dogodkih. Program vključuje zgodnjo medicinsko rehabilitacijo takoj po dogodku, zdraviško zdravljenje in zahteva dolgotrajno nadaljnjo obravnavo v domačem okolju. Posebno pozornost posvečamo rehabilitaciji onkoloških bolnikov v paliativni oskrbi, ko so starostniki nepokretni in potrebujejo tudi negovalno ter vzdrževalno fizioterapijo. Pri onkoloških bolnikih se trudimo ohraniti kondicijo za samostojno življenje tudi z vključevanjem civilne družbe in družine v celovito oskrbo onkološkega bolnika.

Ključne besede starostnik; rehabilitacija; zlomi; gerontologija

Abstract

Many of demographic changes occurred in the past decade and the share of people over 65 years of age in Europe is already exceeding 17%. The elderly are marked with multimorbidity and greater frequency of injuries which go hand in hand with decrease in functional abilities and daily living quality. Degenerative diseases, chronic diseases, diabetes, arteriosclerosis, and osteoporosis require different access to the health care system and there is a need for establishing a biosociomedical program for the elderly, which will encompass care from home care through out to the institutionalised care. Injuries and chronic diseases, as well as changes of the musculoskeletal system require both, social and medical rehabilitation. In hospitals, various methods of physical medicine and rehabilitative services are used according to the multimorbidity of a certain patient and contraindications. Most common injuries are shaft fractures, osteoporotic vertebra fractures and hip fractu-

res. The current health treatment includes surgery, early medical rehabilitation and home care. CVDs require a special form of rehabilitation, from early medical rehabilitation, immediately after the cerebrovascular insult, throughout to verticalisation, spa treatment and home care. Oncological patients and palliative care for elderly require special attention in the rehabilitation program. Those patients are in need of nursing, preventive and supportable physiotherapy and the comprehensive rehabilitation program that includes the civil society and family, tries to maintain the ability of independent daily living.

Key words *elderly; rehabilitation; fractures; gerontology*

Uvod

Demografske spremembe, ki smo jim priča v zadnjih desetletjih, zahtevajo tudi spremembo doktrinarnih postopkov znotraj zdravstvenega, predvsem pa socialnega sistema. Število ljudi, starejših od 65 let, se v zadnjem desetletju izredno povečuje. Tako zadnje statistike v Evropi prikazujejo naraščanje te generacije že na več kot 17 % prebivalstva. V tem življenjskem obdobju se pojavljajo popolnoma nove potrebe, tako do zdravstvene službe kot tudi do socialno-medicinskih in socioloških pogledov na zdravje in kakovost življenja. Naraščanje predvsem degenerativnih, srčno-žilnih in onkoloških bolezni, zahteva spremembo zdravstvene službe in korenito prilagajanje družbe (arhitektonske pregrade, ergonomske prilagoditve javnih prostorov, socializacija starostnikov ...). Kakovostna obravnava starostnikov vključuje celovit pristop tako zdravstvene službe kot tudi socialne in sociološke oskrbe.¹

Rehabilitacija, ki je nekoč veljala za tretjo vejo medicine, kar je pomenilo, da se je vključila v sistem šele po zaključenem zdravljenju, je že zdavnaj presegla takšno kvalifikacijo in prešla na vse ravni organizacije zdravstvenega sistema, tako v preventivi kot v kurativi. Kompleksna rehabilitacija na področju oskrbe starostnikov vključuje tako preventivne, kurativne, kakor tudi socialnomedicinske metode. Globalizacija in industrializacija sta v zadnjih desetletjih spremenili odnose v družini. Tako starostniki ostajajo vedno bolj sami, prepuščeni lastnim težavam in razmišljanjem. Sodobna gerontologija se trudi starostnika obdržati čim dlje v njegovem domačem okolju, kjer se počuti varno in mu vliva zaupanje, ko se srečuje s problemi staranja, bolezni in odvisnosti. Narašča potreba po organiziranih institucijah, kot so dnevno bivanje starostnikov, domovi za starostnike, združenja, rekreativni centri in podobno, od koder se starostniki zvečer vrnejo v svoje bivalno okolje.

Naslednja stopnja skrbi za starostnike so varovana stanovanja, ki so vedno bolj aktualna. To so namensko grajene in prilagojene bivalne enote, ki starostniku omogočajo zasebnost in individualnost, a hkrati tudi nadzor, zdravstveno oskrbo, oskrbo s hrano in številne druge storitve. Domovi postajajo ustvarjalni centri oskrbe starostnikov v zdravstvenem, socialnem, kulturnem in sociološkem smislu. Na žalost se nekateri od teh domov spreminjajo v gerontološke negovalne bolnišnice, ki pa so v osnovni oskrbi nege pogosto pomanjkljive. Zato bi bilo nujno razviti gerontološke klinike, ki bi poleg celostne visoko kakovostne zdrav-

stvene oskrbe starostniku vrnilo vsaj enakopravno, če že ne aktivno družbeno vlogo.^{2,3}

Vsaka poškodba ali bolezen pomeni za starostnika nujno spremembo načina življenja in zahteva prilagoditev na nove obremenitve tako gibalnega kakor srčno-žilnega sistema. Program rehabilitacije ne vključuje samo obravnave osnovne poškodbe ali bolezni, ampak upošteva starostnika kot celoto z vsemi spremljajočimi bolezenskimi spremembami v sklopu soobolevnosti posameznika. Mnogokrat ob akutnem incidentu bolezni ali poškodbe iztirijo nekatera, sicer že prej poznana patološka kronična stanja, ki pa so bila zadovoljivo urejena, npr. krvni sladkor, povišan tlak, demenčnost. Prav to pa odločujoče vpliva na obravnavo akutnega stanja in lahko privede do usodnih zapletov, posebej če k temu prištejemo deficitarnost čutil (vida, sluha, vonja). Obravnava starostnika zahteva izkušen rehabilitacijski tim, ki ga vodi zdravnik specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine in vanj vključujejo strokovnjake različnih področij, kakor tudi svojce. Ob tem je potrebno poudariti, da je bolnik enakopravni član tima. Brez sodelovanja bolnikovih svojcev ali bližnjih rehabilitacija ne more uspeti v polni meri. Še tako dober rehabilitacijski izid pa se izniči, če družba s svojo infrastrukturo in organizacijo zdravstvenega in socialnega varstva ni zmožna ali sposobna sprejeti starostnika pod svoje okrilje, potem ko se vrne iz bolnišničnega zdravljenja.⁴

Bolezni in poškodbe mišično-kostnega sistema

Mišično-kostni sistem se začne intenzivno spreminjati po 50. letu starosti. Prihaja do spremembe gostote kostne mase in sprva do osteopenije, pozneje pa do osteoporoze. Osteoporoza je prisotna pri 50 % žensk v poznem obdobju klimakterija in v zadnjem času opazamo tudi osteoporozo pri moških po 60. letu starosti. Obnova kostnine opeša, osteoklasti prevladajo nad osteoblasti, prihaja do razgradnje in do preoblikovanja kosti s pomanjkanjem hrustanca in tvorbo manj vrednih kostnih struktur. Po 50. letu starosti se pojavijo tudi spremembe mišic in vezivnega tkiva. Pri mlajših osebah predstavljajo mišice 30 % telesne teže, 20 % teže predstavlja maščobno tkivo, 10 % kosti. Pri starosti nad 75 let mišična masa pade pod 15 % telesne teže, maščobne strukture se povečajo do 40 % teže, kostna masa pa se zmanjša na 8 % teže. Vzroki za te spremembe so najprej hormonske spremembe anaboličnih hormonov, ravnega hormona, testosterona

in drugih vplivnih dejavnikov, ki so potrebni za normalno delovanje kostno-mišičnega sistema. Poleg spremenjenih endogenih fizioloških vplivov pa na spremembe vplivajo tudi dejavniki okolja: manj gibanja, prehrana, življenjski slog, ki posredno vplivajo na metabolizem. Zaradi vsega tega postaja kostno-mišični sistem bolj ranljiv in hitreje prihaja do poškodb gibalnega sistema, od katerih so najpogostejši zlomi kolka, zapestja, podlahtnih kosti in hrbtenice.⁵

Zlom podlahtne kosti

je najpogostejši zlom pri starostnikih, predvsem pri ženskah. Običajno je vzrok padec s stojne višine, ki ga oseba skuša omiliti s tem, da se ujame na roko, iztegnjeno v komolcu in dorziflektirano v zapestju. Pogosto se prelomita obe kosti zaradi osteoporotičnih sprememb. Nastane zlom na tipičnem mestu (*fractura radii loco typico*).

Možno je konzervativno ali operativno zdravljenje. Pri soobolevnih starostnikih s tveganjem se večinoma odločimo za konzervativno zdravljenje. Ob spretnosti in izkušeni kirurga pri naravnavanju prelomljenih kosti se zahteva tudi dobra imobilizacija in rentgensko spremljanje celjenja zloma, predvsem zapletov, ki bi lahko nastali. Po odstranitvi imobilizacije nadaljujemo intenzivno kineziterapijo, delovno terapijo in bolnika usposobimo za čimprejšnjo samostojnost pri vsakdanjih življenjskih potrebah ter skušamo potrebo po pomoči in postrežbi zmanjšati na minimum, če nam že ne uspe starostnika osamosvojiti. V zadnjih desetletjih je kirurško zdravljenje postalo učinkovitejše, intenzivnejše, predvsem z boljšim pristopom, lažjim in primernejšim osteosintetskim materialom in večjo dostopnostjo kirurgov. Rehabilitacija po osteosintezi je hitrejša in intenzivnejša, saj se izognemo zapletom dolgotrajne imobilizacije (atrofija mišičja in vezivnega tkiva). Pooperativna rehabilitacija se bistveno ne razlikuje od tiste pri konzervativnem zdravljenju. Večji poudarek namenimo zgolj analgeziji.⁶

Kompresijski prelomi vretenc

lahko nastanejo spontano zaradi osteoporoze ali litične spremembe vretenca ali pa so povezane z določenim incidentom, ki pa ni nujno vzrok za kompresijski prelom, ampak zgolj zaključek nekega dogajanja v posturalnih strukturah organizma. Pojavljajo se značilne bolečine v hrbtenici, hrbet postaja deformiran, bolniku se zniža višina. Dejavniki tveganja so predvsem padci, nepredvidene obremenitve ali udarci. Prelomi so lahko monofragmentalni ali multifragmentalni in lahko nastanejo na več vretencih. Večino teh prelomov zdravimo konzervativno, in sicer s primerno imobilizacijo, fizikalno terapijo in nato reaktiviranjem bolnika. Najslabše se je ustrašiti sesedanja vretenc in bolnika postaviti pod »stekleni zvon«, kar privede do dodatnih zapletov in bolezni. Pri bolniku vztrajamo pri izvajanju izometričnih vaj, načinu življenja, naučimo ga varovalnih gibov pri vstajanju, sedenju in mirovanju. Medikamentno zdravljenje vključimo tako

kot analgezijo po potrebi. Osnovni cilj rehabilitacije je, da v danih pogojih bolnika čim prej reaktiviramo za normalno dejavno življenje, ki odgovarja njegovi dobi, starosti in spolu.⁷

Poškodba v ramenskem sklepu

predvsem s prelomom nadlahtne kosti, je pogosta poškodba starostnikov. Vzrok je običajno padec in nastala osteoporoza kosti. Najpogostejši je prelom v kirurškem vratu. Tudi te prelome običajno zdravimo konzervativno z začetno fiksirano imobilizacijo, pozneje pa s pasivnimi vajami v obliki suspenzij s pomočjo pripomočkov. Po 6 tednih začnemo intenzivno aktivno fizioterapijo. Zapleti nastanejo predvsem zaradi kontrakture rotatorne manšete, kar pozneje otežuje rehabilitacijo in reaktiviranje bolnika. Starostna meja ne predstavlja omejitve, tudi ko se odločamo za kirurške ukrepe v obliki osteosinteze kosti ali v obliki endoprotetike sklepa. Rehabilitacija po takšnih operativnih posegih je dolgotrajnejša in pogosto ne prinese boljših rezultatov od konzervativnega zdravljenja.⁷

Prelom kolčnih struktur

je eden od najpogostejših prelomov, ki nastane pri starostnikih zaradi padca. Vzrok zanj je najpogosteje kombinacija zunanjih in notranjih dejavnikov. Starostnik najpogosteje pade zaradi ergonomsko neprimernih bivalnih prostorov (preproge, lakirana tla, mokre ploščice), ali zaradi arhitektonskih pregrad v okolju (stopnice, klančine, ovire na pločniku...). Ob osteoporozi okostja in neposrednem padcu na bok se često zlomi vrat stegenice. Pri padcu starostnikov je zabeležena velika smrtnost, predvsem zaradi prisotnih spremljajočih bolezni in naglega incidenta. Operativno, še posebej pa konzervativno zdravljenje zahteva dolgotrajno mirovanje, ki pa je za starostnika zaradi zapletov pogosto usodno. Zapleti, kot so hipostatska pljučnica, možganska kap, globoka venska tromboza, so pogosti in smrtnost skokovito naraste. Takoj po operativnem posegu pričnemo z izometričnimi vajami, povijanjem udov in delno vertikalizacijo. Razgibanje zgornjih udov in dihalne vaje so sestavni del celotnega rehabilitacijskega programa. Glede na kondicijo bolnika že v prvem tednu vertikaliziramo, ga postavimo na bergle in poskušamo posnemati shemo hoje. Poznejši program poteka približno 3 do 4 tedne v okviru intenzivne oskrbe, pozneje pa 12 tednov rehabilitacijskega programa ambulantno ali v zdravilišču. Starostnik običajno za hojo potrebuje določene pripomočke, tudi ko se vrne v svoje prejšnje bivalno okolje. Pogosto uporablja bergle in, v slabših pogojih, hoduljo ali invalidski voziček. Ves čas nadzorujemo srčno-žilno in psihično stanje bolnika. V program rehabilitacije vključujemo tudi družino.⁸⁻¹⁰

Bolezni ožilja in živčevja

Poleg poškodb gibalnega sistema so pri starostnikih najpogostejše možganskožilne bolezni. Ne samo za-

radi pogostosti, ampak predvsem zaradi visoke smrtnosti ali težje invalidnosti predstavljajo velik medicinski in socialni problem. S starostjo in nezdravim načinom življenja narašča ogroženost posameznikov za možganskožilno bolezen, zato je prepoznavanje dejavnikov tveganja osnova preventive, diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije. Najbolj razširjeni in dokazani dejavniki tveganja za razvoj možganskožilnih bolezni so visok krvni tlak, sladkorna bolezen, kajenje, čezmerno uživanje alkohola, povišane maščobe v krvi. Osnovni ukrep je sprememba življenjskega sloga, tako glede razvad (kajenje, alkohol), kot tudi navad (telesna dejavnost, zmanjšanje vnosa soli in maščob ter povečanje vnosa sadja in zelenjave). Pri starejših ljudeh s povišanim krvnim tlakom moramo biti previdni, saj vrednosti pod 140 mm Hg težko prenašajo, zato ga znižujemo počasi in upoštevamo sočasne bolezni. Za starejše starostnike nad 80 let še ni zanesljivih dokazov o koristnosti zdravljenja zgolj sistolične hipertenzije. Posledice možganskih kapi, ki so izguba motoričnega nadzora, spremembe senzorične, motnja ravnotežja, prizadetost zaznavnih funkcij in duševnih sposobnosti, usodno vplivajo na vsa področja starostnikovega delovanja. Z nevrološko rehabilitacijo želimo prizadetost po kapi čim bolj zmanjšati in doseči čim večjo stopnjo samostojnosti pri gibanju in večini dnevnih dejavnosti, predvsem pa doseči čim boljšo kakovost življenja.¹¹

V Sloveniji se v zadnjih letih zdravi zaradi možganskožilnih bolezni vsako leto okoli 4.400 prebivalcev, od katerih jih okoli 2.100 umre (citati). V Sloveniji imamo okoli 5000 možganske kapi, od tega je okoli 80 % sprejetih v bolnišnico, 30 % bolnikov z možgansko kapjo umre v prvem mesecu bolezni, 20 % ostane prizadetih in le 10 % bolnikov popolnoma okreva.¹²

V rehabilitaciji možganskih kapi obravnavamo predvsem posledice, ki se odražajo na zdravstvenem, osebostnem, socialnem in ekonomskem vidiku prizadetega posameznika in tudi njegove ožje in širše okolice. Bolnika želimo usposobiti za kakovostno normalno življenje, prizadetost in oviranost zmanjšati na najnižjo možno raven ter poskušamo doseči čim večjo stopnjo samostojnosti, ki ustreza njegovi starosti in preostali zmoglosti. Proces okrevanja po možganski kapi je skupek spontanega nevrološkega izboljšanja in rehabilitacijskih postopkov pri dejavnosti zgodnje medicinske rehabilitacije. Najintenzivnejši proces poteka v prvih treh mesecih, pri 95 % bolnikov pa se zaključijo znotraj 6 mesecev. Dejavniki, ki vplivajo na proces rehabilitacije in funkcionalni izid po možganski kapi, so mesto in velikost možganske poškodbe, stopnja telesne prizadetosti, kognitivne sposobnosti bolnika, vrsta, število in težavna stopnja spremljajočih bolezni, stopnja podpore družine in okolja ter vrsta in kakovost rehabilitacijskih postopkov. V programu uporabljamo različne fizioterapevtske postopke, ki temeljijo na različnih nevroloških principih, reedukacije motoričnih vzorcev in rehabilitaciji gibalnega sistema. Vključujemo tudi medikamentno zdravljenje, predvsem za zmanjšanje bolečine. Program začnemo po dogovoru z nevrologi že prvi dan in je usmerjen predvsem v preventivo in preprečevanje zapletov zaradi mirovanja.¹³

S pravilnim položajem v postelji poskušamo preprečiti vpliv refleksnih dejavnosti, povišanega tonusa, razvoj spastičnosti in kontraktur. V programu imamo naslednje faze: mobilizacija, posedanje, vertikalizacija in hoja. V fazi mobilizacije učimo bolnika uporabljati zdravi del telesa v izogib izgube sheme gibanja. Fazo posedanja vadimo s pomočjo fizioterapevta in pripomočkov, kot so voziček, dvigalo, trapez ipd. V fazi vertikalizacije, ki ima različne stopnje, uporabljamo različne fizioterapevtske tehnike dvigovanja obremenitev. Pri tem uporabljamo pripomočke, kot so bergle, hodulje, voziček. Za preprečitev kontraktur nameščamo različne opornice, ki bolniku pomagajo učvrstiti prizadeto področje. V tej fazi posvečamo posebno pozornost bolečini, ki se v večini razvije zaradi spastičnosti in kontraktur v hemiplegičnih udih. Delovna terapija je usmerjena v funkcionalno usposabljanje rok, urjenje dnevnih dejavnosti, testiranje, izdelavo in namestitev terapevtskih pripomočkov. Po odpustu iz bolnišnice bolnika napotimo na nadaljnjo rehabilitacijo, običajno je to Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, ali pa v zdravilišče. Tam nadaljujejo z zastavljenimi rehabilitacijskimi programi. Na žalost so napotitve v rehabilitacijske centre pri starejših ljudeh pomanjkljive, tako da bolnik pri odpustu ni deležen zadostnega rehabilitacijskega postopka. Takšni bolniki pogosto končajo v domu starejših občanov oz. v nekaterih negovalnih bolnišnicah. Rehabilitacija starostnikov po cerebrovaskularnem inzultu je dolgotrajni in dinamični proces, v katerega morajo biti vključeni vsi udeleženci, predvsem pa, poleg zdravstvene službe, družina in lokalna skupnost. Z obravnavo želimo doseči večjo samostojnost v dnevnih aktivnostih, zmanjšati prizadetost in ustvariti pogoje za nadaljnjo kompleksno reintegracijo v okolje, iz katerega bolnik izhaja.^{14,15}

Polinevropatske spremembe, ki nastanejo zaradi kroničnega diabetesa, alkoholne in nikotinske polinevropatije, so pogoste bolezni starostnikov in potrebujejo metode fizikalne medicine. Uporabljamo različne analgetične in vazodilacijske fizikalne postopke z željo izboljšati periferni obtok in zmanjšati bolečine. Uporabljamo elektroanalgetične procedure, termopak, magnetoterapijo, hidroterapijo in pogosto se uporabi tudi akupunktura.

Periferne žilne spremembe so pogosto izražene pri starostnikih predvsem na spodnjih udih, vezane so na kronične bolezni ali pa so aterosklerotične spremembe žilnega sistema. Razširjeni venski pleteži so velika težava starostnikov in predstavljajo možnost resnih zapletov. S področja fizikalne medicine pristopamo z različnimi fizikalnimi postopki, kot so hipoin hiperbarične metode, kompresijske metode, galvanske kopeli in drugo. Izogibamo se postopkov s toploto, ki bi lahko povzročile dodatne zaplete. Zaradi kroničnih bolezni in preprečevanja nadaljnjih zapletov je pri starostnikih pogosto potrebno amputirati spodnje ude. Različni so kirurški pristopi amputacije, glede na razširjenost bolezni in temu sledijo tudi rehabilitacijski postopki. Prioritetno je potrebno pripraviti amputacijski krn za namestitev proteze. S postavljanjem intermitentnih protez in negovanja krna pripravimo bolnika za ortotično in protetično oskr-

bo. Pri starostniku je potrebno oceniti njegovo zdravstveno kondicijo in izbrati primerno protetično oskrbo. Običajno te bolnike združujemo v Inštitutu RS za rehabilitacijo v Ljubljani, kjer dobijo celovito oskrbo rehabilitacijskega programa. Amputacija za starostnika nedvomno pomeni dodatno hudo telesno in duševno obremenitev in ga omejuje pri samostojnem opravljanju dnevnih dejavnosti. Celovita rehabilitacija je zahtevna, draga in dolgotrajna in je pogosto vezana na več zdravstvenih inštitucij.¹⁵

Onkološke bolezni

S pojmom rehabilitacija bolnika z rakom pojmujejo rehabilitacijo, ki je usmerjena predvsem v zmanjšanje okvar, ki so nastale zaradi tumorja ali kot posledica terapije. Rakava bolezen vstopi v življenje posameznika in njegove družine nenadno in globoko poseže na vse ravni njegovega življenja. Zato je potreben pri rehabilitaciji in zdravljenju rakave bolezni celovit psihosocialni in medicinski pristop do bolezni. Vodilo rehabilitacije je bio-psiho-socialni pristop. Možnosti za preživetje po obolevnosti z rakom so glede na sodobne medicinske in kirurške posege iz dneva v dan večje. V organizacijo se je vključila poleg medicinske stroke tudi civilna družba, ki s samorganizirano pomojo bolniku vrni se v dejavno življenje in prebroditi telesno in duševno invalidnost.^{16, 17}

V programu rehabilitacije smo prišli najdlje po operaciji dojke, ginekoloških operacijah, po operacijah karcinoma urogenitalnega sistema pri moških, kjer uporabljamo vse metode fizikalne medicine, temelječe predvsem na kineziterapiji za preprečevanje kontraktur, zmanjševanje bolečin. Takšen način rehabilitacijskega programa, predvsem s področja fizikalne medicine in rehabilitacije, bi morali prenesti tudi na primarno zdravstveno raven, zato bi bilo potrebno ponovno reaktivirati onkološke dispanzerje na primarnem zdravstvenem varstvu, ki bi koordinirali in povezovali organizacijo podaljšane rehabilitacije bolnikov.¹⁸

Paliativna oskrba

Oskrba bolnikov, predvsem starostnikov v zadnji fazi njihovega življenja, vključuje tudi metode fizikalne in rehabilitacijske medicine. Poleg oskrbe vitalnih funkcij in zdravstvene nege ter analgetične medikamentne terapije so metode kineziterapije, preprečevanja kontraktur, preprečevanja zaležanin, nastanka razjed, metode, v katere se vključuje rehabilitacijska stroka v program paliativne oskrbe v stacionarnih ustanovah. Porast teh bolnikov je iz dneva v dan večji. Tako so zmogljivosti, predvsem domov starostnikov, v večini zasedene s takšnimi bolniki. Normativi za razširjenost rehabilitacijske službe v takšnih ustanovah so izredno pomankljivi. Tako so lahko člani rehabilitacijskega tima samo občasni konzultanti pri oskrbi bolnika v paliativni fazi. Nove doktrine in pristopi bodo zahtevali tudi spremembo kadrovskih normativov na področju rehabilitacije v teh ustanovah.¹⁹

Zaključki

Starostnik postane z razvojem kroničnih bolezni, predvsem pa z več boleznimi, hud zalogaj za organizacijo zdravstvene službe povsod po svetu. Evropa, v kateri se povprečna starosti pomika proti 80. letom in delež starostnikov zajema že tretjino vsega prebivalstva, nujno potrebuje razvoj gerontološke službe, ki bi celovito tako medicinsko kakor socialnomedicinsko oskrbela ljudi v obdobju srednje in pozne starosti. Rehabilitacijska medicina je nujno potrebna za oskrbo starostnikov tako v preventivnem kakor v kurativnem obdobju. Poškodbe in reaktiviranje oz. ponovni prehod v akutno fazo bolezni pri starostnikih zahteva multidisciplinarni pristop, upoštevajoč kondicijo, sposobnost in regeneracijo oslabelega kroničnega bolnika. Menimo, da je potreba po ustanavljanju gerontoloških centrov, ki bi celovito oskrbeli bivanje, varovanje in zdravljenje starostnikov, nujno potrebno. Prav tako narašča potreba po številčnejših negovalnih bolnišnicah, ki naj ne bodo odlagališče, pač pa prehodna faza oskrbe starostnika. Gerontološka klinika bi predstavljala vrh celostne piramide, ki bi postavljala doktrinarne smernice za gerontološko oskrbo. Rehabilitacijska in fizikalna medicina se želi vključiti z vsemi svojimi strokovnimi in intelektualnimi potenciali v procese celovite oskrbe in varovanja starejših ljudi.

Literatura

1. European Health for All Database (HFA-DB). World Health Organization Regional Office for Europe. Dosegljivo na: <http://data.euro.who.int/hfad>, dostop: 20. 8. 2008.
2. Tomek-Roksandić S, et al. Gerontološki centri 2004. In: Tomek-Roksandić, et al. Zagrebački model uspešne prakse za starije ljude. Zagreb: Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo grada Zagreba; 2005. 2. dopolnjena izdaja.
3. Tomek-Roksandić S, et al. Značenje centara za gerontologiju županijskih zavoda za javno zdravstvo i gerontoloških centara u Hrvatskoj. *Medicus* 2005; 14: 177-93.
4. Turk Z. Uporaba fizikalnih metod pri starostnikih. In: Krčevski-Škvarč N ed. 8. seminar o bolečini, Maribor, 18. in 19. junij 2004. Zbornik predavanj. Maribor: Splošna bolnišnica; 2004. p. 47-55.
5. Masiero S. Thermal rehabilitation and osteoarticular diseases of the elderly. *Aging Clin Exp Res* 2008; 20: 189-94.
6. Tromp AM, et al. Predictors for falls and fractures in the longitudinal aging study Amsterdam. *J Bone Miner Res* 13: 1932-29.
7. Cruise CM, Sasson N, Lee MH. Rehabilitation outcomes in the older adult. *Clin Geriatr Med* 2006; 22: 257-67.
8. Barovič, J, Turk, Zmag, Lipovec, Karel. Principi rehabilitacije geriatrskih bolesnika kod preloma vratne butne kosti. In: Zeković, ed. Zbornik radova. VIII fizijatrijski dani Jugoslavije, Kopaonik, 31. 5.-3. 6. 1989. p. 70-2.
9. Naglie G, et al. Interdisciplinary inpatient care for elderly people with hip fracture: a randomized controlled trial. *CMAJ* 2002 ; 167: 25-32.
10. Uy C, Kurrle SE, Cameron ID. Inpatient multidisciplinary rehabilitation after hip fracture for residents of nursing homes: a randomised trial. *Australas J Ageing* 2008; 27: 43-4.
11. Turk, Z. Vpliv bivalnega okolja na hemodinamske mehanizme človeka. In: Kropej, Novak P, eds. Ljubljana: Zbornik (2.) mednarodnega kongresa SITHOK-2, 11.-12. maj 1997, Maribor, Slovenija. Slovensko društvo inženirjev za tehnologije hlajenja, ogrevanja in klimatizacije; 1997. p. 47-51.
12. Šelb Šemerl J. Epidemiološki podatki o možganski kapi v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2006.
13. Jesenšek Papež B, Turk Z. Pomen zgodnje medicinske rehabilitacije po možganski kapi. In: Tetičkovič E, Žvan B, eds. Možganska kap - do kdaj. Maribor: 2007; 257-62.

14. Ernst E. A review of stroke rehabilitation and physiotherapy. *Stroke* 1990; 21: 1081-5.
15. Marengoni A, et al. Rehabilitation and nursing home admission after hospitalization in acute geriatric patients. *J Am Med Dir Assoc* 2008 ; 9: 265-70.
16. Higginson IJ, Constantini M. Dying with cancer, living well with advanced cancer. In: Coleman et al, eds. *Responding to the challenge of cancer in Europe*. Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia; 2008.
17. Jesenšek Papež B, Palfy M, Turk Z. Rehabilitacija pri paliativnih bolnikih. In: Cesar-Komar M, Krčevski-Škvarč N, ed. 10. Seminar o bolečini z mednarodno udeležbo, Maribor, 9. in 10. junij 2006. *Paliativna medicina: zbornik predavanj*. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine; 2006. p. 52-63.
18. Lunder U. Problemi ob medicinsko-socialni oskrbi starejših. *Zdrav Vestn* 2004; 73: 539-41.
19. Lunder U. Možnosti organizacije paliativne oskrbe v Sloveniji. In: Cesar-Komar M, Krčevski-Škvarč N, eds. 10. Seminar o bolečini z mednarodno udeležbo, Maribor, 9.-10. junij 2006. *Paliativna medicina : zbornik predavanj*. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine; 2006. p. 17-21.

Prispelo 2008-09-22, sprejeto 2008-11-06