

SKUPINSKA VADBA NAMENSKIH AKTIVNOSTI V REHABILITACIJI PO MOŽGANSKI KAPI

GROUP SESSIONS OF TASK-SPECIFIC TRAINING IN REHABILITATION AFTER STROKE

doc. dr. Nataša Bizovičar, dr. med., Marko Rudolf, dipl. fiziot., Katarina Košir, dipl. del. ter., Ina Knez, univ. dipl. soc. del., Patricija Širca Ule, mag. prof. log. surdo., Vesna Mlinarič Lešnik, univ. dipl. psih., doc. dr. Nika Goljar, dr. med.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Povzetek

Izhodišča:

Vadba namenskih aktivnosti (VNA) je v cilje usmerjena funkcionalna vadba, ki predstavlja pri pacientih po možganski kapi (MK) osnovo motoričnega učenja. Raziskave so pokazale, da je intenzivno v pacienta usmerjeno vadbo možno organizirati v obliki serije skupinskih VNA.

Metode:

VNA se izvaja na oddelku za rehabilitacijo pacientov po MK na URI – Soča v sklopu t.i. funkcionalnega dne. V transdisciplinarni terapevtski skupini so se pacienti razdelili v štiri skupine glede na njihovo stopnjo samostojnosti in so izvajali različne naloge. Pacienti, ki so imeli težave z govorom ali na psihosocialnem področju, so bili dodatno vključeni v logopedsko ali psihosocialno skupino. Pacienti so izpolnili Anketni vprašalnik o zadovoljstvu s sodelovanjem v terapevtskih programih. Terapevti so zapisali pozitivne in negativne vidike tovrstne vadbe.

Rezultati:

Terapevti so menili, da tovrsten pristop pri pacientih poveča motivacijo in ozaveščenost o skrbi zase. Pacienti so bili v naši raziskavi v večini zadovoljni z načinom izvedbe in z organizacijo vadbe. Terapevti so navedli časovno zahtevnost priprav na tovrsten terapevtski pristop. Drugačen način izvajanja terapije lahko vpliva tudi na ustaljen ritem dela. Med pozitivnimi vidiki so terapevti izpostavili, da jim VNA daje širši okvir razmišljanja o posledicah možganske kapi ter jih spodbuja, da iščejo nove načine terapevtskih ukrepov.

Abstract

Introduction:

Task-specific training (TST) is a goal-oriented functional exercise that represents the basis of motor learning for stroke patients. Clinical studies have shown that intensive patient-oriented exercise can be organised as group sessions of TST.

Methods:

The TST is performed at the Department for Rehabilitation of Patients after Stroke of the University Rehabilitation Institute in Ljubljana, Slovenia, as a part of the so-called functional day. Within the transdisciplinary therapy group, the patients were divided into four groups performing different tasks according to the degree of independence. The patients with speech or psychosocial problems were additionally included in a speech or psychosocial group, respectively. The patients completed a survey about satisfaction with participating in such therapeutic programs. The therapists recorded the positive and negative aspects of this type of the exercise.

Results:

The therapists reported that the TST approach increases the patients' motivation and awareness of caring for themselves. In our study, the patients were mostly satisfied with the implementation and organisation of the exercise. The therapists indicated that preparations for such therapeutic approach are time-consuming. Changing the way of performing therapy may also affect the previously established rhythm of work. The positive aspect is that the TST provides therapists with a broader framework for

Zaključek:

V literaturi je bilo opisanih le malo podobnih terapevtskih pristopov, kot je VNA. Skupinska VNA pri pacientih po MK temelji na transdisciplinarnem timskem pristopu. Na našem oddelku se je tovrsten terapevtski pristop izkazal za izvedljivega in dobro sprejetega.

Ključne besede:

možganska kap; bolnišnična rehabilitacija; vadba namenskih aktivnosti; transdisciplinarni timski pristop

thinking about the consequences of stroke and encourages them to seek new ways of therapeutic procedures.

Conclusions:

So far, few therapeutic approaches for stroke patients similar to the TST that we used in our department have been described in the literature. Group practice of TST in stroke patients is based on a transdisciplinary team approach. In our department, such a therapeutic approach has proven to be feasible and accepted.

Key words:

stroke; inpatient rehabilitation; task-specific training; transdisciplinary team approach

UVOD

Okrevanje po možganski kapi je večplastno, odvisno od okrevanja delovanja možganov in procesov učenja. Vključuje nevrološko restitucijo (obnova delovanja poškodovanega tkiva), substitucijo (organizacija delno okvarjenih nevronske povezave) in kompenzacijo (nadomeščanje izgubljenih funkcij, ki jih človek potrebuje za obvladovanje okolja) (1). Tovrstne spremembe so večje, če je vadba smiselna, ponavljajoča in intenzivna (2). Sodobni pristopi v rehabilitaciji bolnikov z okvaro centralnega živčevja temeljijo predvsem na kognitivno motoričnem učnem modelu (1). Za učenje je dokazano, da je največje pri učenju specifičnih veščin, t. i. vadba namenskih aktivnosti (VNA), zlasti vsakodnevnih aktivnosti v realnem življenju (3). VNA pri bolnikih po možganski kapi po podatkih literature dokazano izboljša motorično funkcijo, predvsem v spodnjih udih, in poveča sodelovanje v aktivnosti, za zgornja uda pa še ni prepričljivih dokazov (4). Metaanaliza je dokazala, da je progresivna vadba, osnovana na principu VNA, bolj učinkovita v primerjavi z običajno vadbo za izboljšanje hitrosti hoje in prehojene razdalje (5). Primer dokazano učinkovite VNA je tudi z omejevanjem spodbujajoča terapija (CIMT) (6). Še vedno ni znano primerno doziranje VNA za doseganje želenega učinka in ni jasnih dokazov, v kolikšni meri se učinek obdrži po koncu vadbe (7).

Intenzivno v pacienta usmerjeno vadbo je možno organizirati v obliki večjih postaj za vadbo različnih namenskih aktivnosti, tako da več pacientov sočasno izvaja določene aktivnosti (8). Metaanaliza je pokazala, da je imela VNA, organizirana v obliki krožnih vadbenih postaj, večji učinek v smislu izboljšanja hitrosti hoje, prehojene razdalje, hoje po stopnicah in na časovno merjenem testu vstani in pojdi v primerjavi z običajno vadbo (5). Prednosti tovrstne vadbe v primerjavi z običajno individualno obravnavo so lahko v tem, da različne vadbene postaje omogočajo pacientom progresivno intenzivno vadbo zanje pomembnih nalog, ki so prilagojene njihovim individualnim potrebam, hkrati pa je čas terapevta bolj učinkovito izkoriščen, saj en terapevt običajno spremlja več kot dva pacienta

in je lahko tudi čas obravnave daljši (9). Tovrstna vadba spodbuja tudi skupinsko dinamiko, vključno s podporo drugih pacientov, ki sočasno vadijo, in s socialnimi interakcijami (10). V raziskavah tudi niso dokazali stranskih učinkov v smislu povečanja števila padcev ali čezmernega napora v primerjavi z običajno vadbo. Zaenkrat je v literaturi le malo kakovostnih raziskav, ki bi opisovale učinkovitost tovrstne vadbe, sploh pa ne vadbe, ki bi vključevala različne člane rehabilitacijskega tima (9).

Medtem ko biomedicinski model daje prednost predvsem motoričnim nalogam, je potrebno gledati na pacienta po možganski kapi tudi bolj celostno, po biopsihosocialnem modelu (11).

Dokazano je, da sočasna uporaba kognitivnih strategij pri motorični vadbi in vadba z opazovanjem druge osebe, ki izvaja določeno aktivnost, spodbuja prenos naučenega z ene naloge z namenom učenja na druge naloge (12). Kognitivne strategije omogočajo, da pacient razvije notranje postopke, ki mu omogočajo izvedbo želene veščine, kar pomaga v procesu motoričnega učenja in pri konsolidaciji motoričnega spomina (13).

Pri bolnikih, ki imajo težave na govorno-jezikovnem področju, je pogovor v sklopu skupinske logopedске obravnave zaradi skupinske dinamike bolj spontan kot pri individualni obravnavi, kar od pacienta zahteva večjo prilagodljivost, zmožnost spremljanja soudeležencev ter vzdrževanje pozornosti (14). Individualna terapija je bolj osredotočena na rehabilitacijo govora, medtem ko skupinska obravnava spodbuja funkcionalno izražanje (rabo gest, mimike, pantomime, risanja, branja, pisanja) (15). Osebe z afazijo se zaradi svojih govorno-jezikovnih odstopanj pogosto izogibajo socialnim situacijam, ki zahtevajo komunikacijo. Skupinska terapija jim omogoča varno okolje za vključevanje v pogovor in nato lažji prenos naučenega v vsakdanje življenje. V skupinski situaciji logoped lahko osvetli različne možnosti sporazumevanja kot enakovredne načine sporočanja ter zagotavlja spodbudno komunikacijsko okolje za vse (16).

Pri združevanju učenja kognitivnih strategij, socialnih veščin in motoričnega učenja je v celostni rehabilitaciji pacientov po možganski kapi vse bolj potreben naprednejši pristop h konceptualizaciji terapevtskih vlog, ki ga predstavlja transdisciplinarni timski pristop. Usmerjen je v reševanje določenega problema ne glede na vrsto terapevtske discipline, saj so vse discipline odgovorne za vsako klinično stanje. Psihologi npr. lahko sodelujejo tudi pri preprečevanju padcev, socialna delavka pri integriteti kože, fizioterapevt na področju depresije itd. (17). Člani v transdisciplinarnem timu ustvarijo hierarhijo nalog, vendar je ta hierarhija običajno spremenljiva, saj se v procesu zdravljenja pojavijo nove naloge. Transdisciplinarno timsko delo ne zahteva, da terapevt dela zunaj svojega področja, ampak omogoča ogrodje, da osebje uporabi priučene veščine. Npr. čustvene in vedenjske težave se ne pojavijo le med psihološko obravnavo, težave z ravnotežjem niso prisotne zgolj pri fizioterapevtu in težave na govorno-jezikovnem področju niso prisotne le med logopedsko obravnavo. Veliko teh težav se pojavlja kontinuirano med dnevom in ne le v času urnika terapij. Že pri običajnem učenju hoje mora fizioterapevt pomisliti tudi na to, če si oseba pred tem lahko sama namesti čevlje in nogavice in če je dejansko motivirana za hojo namesto uporabe vozička. Pri oblačenju npr. lahko delovna terapija izbere metodologijo, kako naj se oseba obleče; zdravstveni tehniki vadijo to v praksi, psiholog pomaga pri motivaciji, ko se oseba bori s posledicami bolezni in omogoči pohvalo, ko osebi uspe; fizioterapevt dela na ravnotežju med oblačenjem, logoped opomni, na kakšen način sporočiti primerne korake za vadbo oblačenja in socialni delavec omogoči, da svojci prinesejo pacientu primerna oblačila, ki bi jih uporabljal v domačem okolju, da bi lahko vadil v terapijah. Vsak od članov tima torej lahko prispeva k spodbujanju ponovnega učenja oblačenja (18, 19). Seveda imajo določene discipline pri določenem problemu lahko več vložka kot ostale.

Namen prispevka je predstaviti nov način skupinske vadbe namenskih aktivnosti, ki zajema vse prej opisane pomembne vidike v procesu rehabilitacije na oddelku za rehabilitacijsko obravnavo pacientov po možganski kapi na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije – Soča (URI-Soča).

METODE

Vadba namenskih aktivnosti (VNA) se izvaja na oddelku za rehabilitacijo pacientov po možganski kapi na URI-Soča v sklopu t.i. funkcionalnega dne. S programom VNA smo začeli marca 2016. Program se izvaja v dopoldanskem času vsako drugo sredo v mesecu. V program vadbe so vključeni vsi pacienti na oddelku, ki niso odsotni zaradi morebitnih drugih preiskav in je njihovo splošno zdravstveno stanje dovolj stabilno, da lahko sodelujejo. Hkrati morajo izpolnjevati merilo, da pri izvajanju nalog (npr. hoja, presedanje) ne potrebujejo pomoči več kot ene osebe. Priprava in organizacija funkcionalnega dne se začne že nekaj dni prej, ko se na organizacijskih sestankih paciente razvrsti v štiri podskupine, glede na njihovo stopnjo samostojnosti pri izvajanju rehabilitacijskih programov. V prvo skupino so vključeni pacienti, ki potrebujejo popolno pomoč in vodenje pri izvajanju vseh aktivnosti; v drugo skupino so vključeni pacienti, ki potrebujejo

delno pomoč in vodenje; v tretji skupini so pacienti, ki potrebujejo le nadzor; v četrti skupini pa so pacienti, ki so samostojni pri izvajanju osnovnih dnevnih aktivnosti in je njihov cilj čim bolj samostojna izvedba aktivnosti ter vključevanje v širše dnevne aktivnosti. V vsaki vadbeni skupini je od dva do šest pacientov. Vadbo v posamezni skupini pa vodi in nadzoruje od dva do šest terapevtov različnih poklicnih skupin.

V transdisciplinarni terapevtski skupini skupaj sodelujejo delovni terapevti, fizioterapevti, diplomirane medicinske sestre, tehniki zdravstvene nege, logopedi, psihologi, socialna delavka ter pripravniki in študentje iz vseh poklicnih skupin. Posamezni pacient ima v tej skupini eno uro in pol vadbenega programa glede na njegovo zmogljivost oziroma sposobnosti. Obravnava poteka v notranjih prostorih (v prostorih delovne terapije, fizioterapije, pacientovih sobah, kopalnici, delovno-terapevtski kuhinji, avli, jedilnici, hodnikih, telovadnici) ali v zunanjem okolju (okolica URI - Soča, bližnje trgovine in pošte, vrtički, lekarna, itd.). Navadno se pri vseh skupinah na začetku izvedejo vaje za ogrevanje (sede na vozičkih, stoje ob opori ali samostojno), temu sledi vadba različnih funkcijskih dejavnosti, ki so prilagojene sposobnostim posamezne skupine, navadno v obliki krožne vadbe. Dejavnosti in stopnja zahtevnosti namenskih nalog se prilagaja glede na posameznikove sposobnosti, potrebe in cilje.

Dejavnosti in namenske aktivnosti so po zahtevnosti razdeljene v tri skupine (v nadaljevanju so opisani primeri določenih aktivnosti, ki se jih nato individualno prilagaja glede na sestavo posamezne skupine):

- **manj zahtevne:** potekajo v pacientovi sobi, v prostorih delovne terapije, fizioterapije: trening spreminjanja položajev v postelji, oblačenje/slačenje, obuvanje/sezuvanje čevljev/opornice, premeščanja z vozička na posteljo in obratno, premeščanja na stranišče in v kopalno kad, premeščanje na različne podlage - terapevtska miza, stol, klop, umivanje rok/obraza, česanje, britje, odpiranje/zapiranje različne embalaže, vožnja z vozičkom v notranjem okolju itd.
- **srednje zahtevne:** vožnja vozička med ovirami, priprava manj zahtevnih obrokov, lupljenje sadja/zelenjave, odpiranje/zapiranje različne embalaže, oblačenje/slačenje, umivanje rok/obraza, česanje, britje, obuvanje/sezuvanje čevljev/nogavic, trening rokovanja s predmeti, priprava in zlaganje perila, obešanje perila, likanje, prenašanje predmetov itd.
- **zahtevnejše:** potekajo v zunanjem okolju in širšem notranjem okolju: pometanje, presajanje rož, obešanje perila, preoblačenje postelje, prenašanje predmetov, priprava mize, priprava obroka, zlaganje perila, likanje perila, načrtovanje nakupovalnega seznama in nakupovanje v trgovini, obisk pošte/knjiznice, urejanje vrta itd.

Pacienti, ki imajo težave z govorom ali na psihosocialnem področju, so znotraj funkcionalnega dne vključeni tudi v logopedsko ali psihosocialno skupino.

Psihosocialno vadbo vodi strokovno usposobljeni terapevtski par – oddelčna klinična psihologinja in socialna delavka. Psihosocialna skupina, kot je trenutno zastavljena na oddelku, je

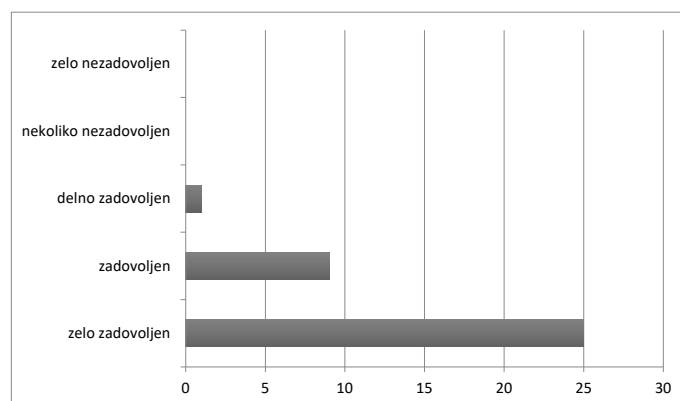
polodprtega tipa (zaradi narave sprejemov/odpustov je možnost za vključevanje novega člana odprta vsakih 14 dni, op.p.). V osnovi gre za izrazito strukturiran tip skupine, v katero so vključeni pacienti z blago do zmerno izraženimi kognitivnimi motnjami, pri čemer je osnovni predpogoj dovolj kakovostna sposobnost za sodelovanje znotraj 90 minutnega intervala (z možnimi premori oziroma prilagoditvami glede na potrebe pacientov). Tako se, po osnovni predstavitvi in opisu namena skupine v primerih, ko v skupino vstopa en ali več novih članov, predstavi še potek skupine tistega dne oz. določi t.i. dnevni red oz. postavi okvirna struktura, ki je vnaprej določena glede na število članov (običajno od 6-9, ne več kot 12), njihov kognitivni profil (ki je prav tako pred tem preverjen s strani oddelčnega kliničnega psihologa) ter zmožnost sodelovanja (posvet terapevtskega para). Hkrati se določi število potrebnih odmorov in nalog za preusmeritev pozornosti. Prisotnost v skupini ni zavezujoča v času 90 minut; če se pojavijo slabost, utrudljivost ali druga nepredvidena občutja, se udeležence aktivno spodbuja k temu, da pravočasno poskrbijo zase, pijejo dovolj tekočine ter so drug na drugega pozorni. S tem modelom ravnanja želijo terapevti spodbuditi aktivno vlogo posameznika, da že v času sodelovanja znotraj rehabilitacijskih programov pričinja spremljati svoje notranje psihofizično počutje in ne odreagira le takrat, ko je že prepozno in so simptomi, npr. utrudljivost, že tako moteči, da ga povsem onesposobijo. Pomemben del zajemajo tudi naloge za urjenje usmerjanja pozornosti, selekcije dražljajev ter kratkoročnega pomnjenja in priklica. Seveda pa so najpogostejši izzivi tovrstnih nalog ravno prilagoditev stopnje težavnosti, tudi raznolikosti glede na udeležence ter z zanimivostjo izbora aktualne tematike. Skupina se najpogosteje zaključi s pogovorom o posamezni temi, prebrani vsebini ter razmišljanjem in delitvijo lastnih vsebin, vezanih na doživljanje bolezni.

Tretja vrsta obravnave v sklopu funkcionalnega dne je skupinska logopedška obravnava pri pacientih z nevrogenimi motnjami komunikacije. Skupino sestavlja do 8 pacientov z odstopanji na različnih področjih razumevanja, govora in jezika. Obravnava traja 90 min. Raznolikost v zmožnostih in omejitvah komunikacijskih spretnosti je med posameznimi pacienti zelo velika in določa prilagajanje izbire ciljev in aktivnosti. Takšen način dela omogoča spoznavanje funkcioniranja pacienta v vsakdanjih socialnih situacijah. Pridobimo pomembne informacije o pragmatičnih sposobnostih posameznika, kot so asertivnost, odzivnost, sledenje komunikacijskim izmenjavam in temi pogovora, vzdrževanje pogovora, miselna utrudljivost, vzdrževanje, usmerjanje pozornosti v skupinski situaciji, željo in motivacijo za sporazumevanje z drugimi. Primeri tovrstnih aktivnosti so: oseba se predstavi drugim (sporoči osnovne informacije o sebi); avtomatizmi (štetje, naštevane dni v tednu, mesecev v letu); slušno ali vidno (branje) sledenje navodilom; raba gest (kako lahko pokažem, če ne najdem besede); prepoznavanje in poimenovanje različnih zvokov; različne aktivnosti, ki zahtevajo poimenovanje ali priklic besed (igra spomin, kaj potrebujem, da dvignem denar z bankomata, da grem v trgovino ipd.); procesne spretnosti (krajši opis zaporednih dejanj: npr. kako skuham kavo, kako pripravim palačinke, kako pošljem pismo); vzpostavljane enostavne in predvidljive komunikacije (igra Ugani kdo?, postavljanje vprašanj) itd.

Pacienti, ki so sodelovali v VNA, so 13. 11. 2019 in 27. 11. 2019 izpolnili tudi Anketni vprašalnik o funkcionalnem dnevu, s katerim smo želeli pridobiti informacije o njihovem zadovoljstvu s sodelovanjem v takšnih terapevtskih programih. Vprašalnik je bil izdelan namensko za to raziskavo in je sestavljen iz petih vprašanj. Dve vprašanji sta bili zaprtega tipa, v katerih so sodelujoči izbirali med petimi možnimi odgovori oziroma trditvami in so lahko izbrali samo en odgovor. Tri vprašanja so bila odprtega tipa in so anketirani sami napisali odgovor oziroma mnenje. Anketa je bila anonimna, izpolnili so jo samo tisti pacienti, ki niso imeli težav na kognitivnem in govorno-jezikovnem področju. Vsi člani rehabilitacijskega tima so nato zapisali pozitivne in negativne vidike omenjene vadbe.

REZULTATI

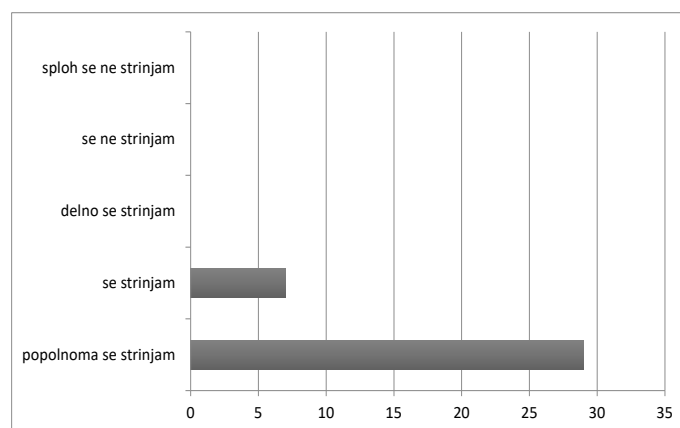
S strani pacientov smo prejeli 40 pravilno izpolnjenih vprašalnikov. Slika 1 prikazuje zadovoljstvo pacientov s funkcionalnim dnem.



Slika 1: Kako ste zadovoljni s funkcionalnim dnem? (N = 40)

Figure 1: How satisfied are you with the Functional Day? (N = 40; answers listed downwards from "very dissatisfied" to "very satisfied")

Slika 2 prikazuje primernost organizacije funkcionalnega dne.



Slika 2: Organizacija funkcionalnega dne se mi zdi primerna. (N = 40)

Figure 2: The organisation of the Functional Day is appropriate. (N = 40; answers listed downwards from "do not agree at all" to "agree completely")

Na vprašanje »Kaj ste se novega naučili, preizkusili?« so pacienti odgovorili:

- prilagajanje skupini, zanimivo skupno sodelovanje;
- metanje na koš, hoja okoli ovir, hoja s palicama, aktivnosti na blazinah, plezalna stena;
- ribanje jabolka, ribanje sira;
- prvič po bolezni sem poizkusil kuhati;
- likanje, pomivanje, uporaba sesalca;
- večja uporaba okvarjenega zgornjega uda;
- spoznanje, da imajo drugi pacienti podobne težave;
- tesnejše sodelovanje med terapevti in pacienti ter medsebojna komunikacija;
- prvič po bolezni sem poizkusil vse, vse je bilo zame prvič;
- učenje za naprej v življenju;
- zanimivo je bilo spremljati vajo, ki je preko igre vključila vse navzoče, nas lepo pomešala, bilo je domiselno in zabavno, saj je bilo potrebno vključiti popolno koncentracijo.

Na vprašanje »Ste kaj pogrešali, vas je kaj zmotilo?« v večini niso imeli nobenih pripomb, nekateri so odgovorili:

- mogoče bi bil lahko vmes krajši odmor;
- običajne terapije;
- čakanje na začetek druženja in treninga.

Zadnje vprašanje je bilo povsem odprtega tipa in so pacienti imeli možnost izraziti oziroma napisati svoje komentarje, vtise in priporočila. Tako so med drugim napisali:

- super, vse vreden, zadovoljen, pohvale;
- vreden je, da je kakšen dan drugačen od drugih, da ni vsak dan isto;
- hvala vsem terapevtom za dobro delo;
- hvala, super je bilo;
- pohvala za vso ekipo;
- ni bistvene razlike od drugih dni, delam zase, vse je dobro, kar delam, komanda pa mora biti;
- potrebno pred odhodom domov;
- skupinsko delo, druženje, deluje sproščujoče, dobro vzdušje pri izvajanju vaj;
- menjava prostora za vaje je dobrodošla, druženje sprošča;
- funkcionalna vadba je bolj sproščena, manj naporna;
- vadba je zelo razgibana;
- v kuhinji bi lahko skuhalo celotno kosilo in ga skupaj pojedli;
- pogostejše izvajanje vadbe v telovadnici;
- funkcionalni dan bi se lahko izvajal vsaj 1-krat/teden;
- preveč ponavljajoče se dejavnosti;
- menim, da se bo tovrstna rehabilitacija obnesla tudi v prihodnje, saj je zanimiva;
- želel bi več take vadbe, če je možno.

Tabela 1 prikazuje pozitivne in negativne vidike pri VNA, kot jih navajajo terapevti.

RAZPRAVLJANJE

Učinkovito sodelovanje med člani različnih strokovnih skupin je ključni dejavnik delovanja v rehabilitacijski medicini. S tem se omogoči kompleksnost rehabilitacijskega procesa in zagotovi celosten, v pacienta usmerjen terapevtski pristop (20). Dobro timsko delo zahteva koordinacijo med različnimi strokovnimi skupinami, pogosto tudi preko meja različnih disciplin. Člani tima morajo imeti ustrezno znanje in veščine, si morajo med seboj zaupati in se spoštovati, se strinjati glede ciljev in načinov za doseganje teh ciljev, biti pripravljeni deliti svoje znanje in na odprto komunikacijo (21). Dobro timsko sodelovanje je v zdravstvenem sistemu povezano z boljšim izidom zdravljenja, izboljšanim zadovoljstvom pacientov in zdravstvenega osebja ter z zmanjšanjem ekonomskih stroškov (22).

Skozi čas se je narava timskega dela razvijala iz ene discipline do multidisciplinarnega, interdisciplinarnega in transdisciplinarnega pristopa (18). Transdisciplinarni model bi bil lahko zlati standard za timsko delo v nevrorehabilitaciji, ker zagotavlja bolj celostno zagotavljanje storitev v primerjavi z drugimi oblikami rehabilitacijskih timov. Različni terapevtski profili lahko sočasno obravnavajo medicinske, psihološke in socialne potrebe posameznika – biopsihosocialni pristop (23). Transdisciplinarni tim ni usmerjen k strokovni identifikaciji in zato predstavlja tudi bolj v pacienta usmerjen pristop (18, 24). Večina rehabilitacijskih ciljev, ki so potrebni za uspešno funkcioniranje posameznika v družbi, ni možno doseči posamično, saj realno življenje zahteva raznovrstne kompleksne veščine. Individualni ukrepi zgolj posameznih terapevtskih skupin, ki med sabo niso koordinirani, niso dovolj za optimalno okrevanje, saj lahko pacient doseže le delno uporabne cilje (24).

Do sedaj je bilo v literaturi opisanih le malo podobnih terapevtskih pristopov, kot je vadba namenskih aktivnosti pri pacientih po možganski kapi, ki smo jo uporabili na našem oddelku. Začetek uporabe tovrstnega timskega pristopa je bil v vojaških timih (18). V naši raziskavi so tako terapevti kot pacienti ugotavljali veliko pozitivnih vidikov takšne vadbe, od možnosti za izvajanje različnih aktivnosti, ki so bolj podobne realnim življenjskim situacijam, do boljšega sodelovanja, povezovanja in komunikacije med različnimi člani tima. Tudi v literaturi opisujejo, da je za delovanje transdisciplinarnega timskega pristopa potrebna odlična komunikacija med člani rehabilitacijskega tima, da se lahko doseže primerno povezovanje v celoto. Člani transdisciplinarnega rehabilitacijskega tima se prilagajajo najšibkejšemu členu, kar omogoča lažje vključevanje osebe po možganski kapi v tim. Kot so v anketi ugotavljali tudi naši terapevti, tovrsten pristop pri pacientih poveča motivacijo in izboljša dolgoročno ozaveščenost o skrbi zase. Pacienti v naši raziskavi so bili v večini zadovoljni tako z načinom izvedbe funkcionalnega dne kot s samo organizacijo vadbe. Skupinsko VNA izvajamo na oddelku zaradi zahtevnosti pri organizaciji le dvakrat mesečno, zato je nemogoče ločiti morebitne učinke tovrstne vadbe od siceršnjih učinkov vsakodnevne standardne rehabilitacije.

Tabela 1. Pozitivni in negativni vidiki pri vadbi namenskih aktivnosti, ki jih navajajo terapevti.**Table 1:** Positive and negative aspects of task-specific training reported by the therapists.

POZITIVNI VIDIKI POSITIVE ASPECTS	NEGATIVNI VIDIKI NEGATIVE ASPECTS
FTH <ul style="list-style-type: none"> • Boljše poznavanje pacientov, ki jih določen terapevt sicer ne vodi (uporabno pri nadomeščanju odsotnosti sodelavca). • Boljše sodelovanje/povezovanje/komunikacija med člani tima in s tem pridobivanje novih znanj in idej. • Bolj sproščeno vzdušje na oddelku. • Spoznavanje in večje spoštovanje dela drugih terapevtskih profilov. • Zadovoljstvo pacientov = zadovoljstvo terapevta. • Večje zadovoljstvo pri delu, ker se spremeni vsakodnevna rutina. • Fizično je dostikrat manj naporno od vsakodnevnega individualnega dela s pacientom. • Spoznavanje pacientovih reakcij in zmožnosti z drugega zornega kota in na drugačen način. • Pacienti se med seboj bolje spoznajo in si med sabo delijo izkušnje. • Bolj poenoteno delo med različnimi terapevtskimi skupinami. • Delo je dinamično, zelo kreativno, zahteva stalno prilagajanje in iskanje novih idej za vsako skupino. • Pacienti so bolj motivirani za delo in tudi bolj tekmovalni, ker vidijo drugega pacienta. • Predhodno se pripravi prostor, določijo se vaje in vse poteka brez nepotrebne izgube časa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stiska terapevta, če so v mešani skupini tudi pacienti, ki težje razumejo navodila in je težje izbrati primerne naloge, da se tak pacient ne počuti slabo. • Zaradi priprav na funkcionalni dan včasih lahko zmanjka časa za celotno testiranje novo sprejetih pacientov pred timskim sestankom. • Nekaterim pacientom z boljšimi funkcijskimi sposobnostmi se zdi, da imajo na funkcionalni dan premalo terapije in jim le-ta predstavlja premalo izziva. • Pri določenih nalogah (npr. kognitivne naloge) se ostali terapevti, ki niso psihologi, težje vključijo in jih to obremenjuje. • Občutek negotovosti, če se afazični pacienti v skupini znajdejo v stiski, ker imajo težave s sodelovanjem in ni prisotnega logopeda. • Premalo možnosti za še bolj realno posnemanje vsakdanjih situacij (npr. delavnica z orodji). • Pasiven/z nezainteresiran terapevt za izvajanje aktivnosti se lahko nekoliko skriva pri skupinskem delu.
DT <ul style="list-style-type: none"> • Delo v skupinah in timsko delo ter s tem sodelovanje vseh članov tima. 	<ul style="list-style-type: none"> • Potrebno je veliko predpriprav, usklajevanja in sprotne prilagajanja vadbe. • Včasih je terapevtska skupina prevelika. • Včasih je težko razporediti paciente po njihovih sposobnostih (zaradi težav na področju motorike ali procesnih spretnosti).
DMS/MT <ul style="list-style-type: none"> • Povezovanje zaposlenih. • Vpogled v različne pristope k izboljšanju sodelovanja pacienta. • Možnost boljšega vpogleda v pacientove sposobnosti. • Izvajanje več različnih aktivnosti, ki so bolj podobne realnim življenjskim situacijam. 	<ul style="list-style-type: none"> • Moteno preostalo delo in ustaljen ritem dela. • Negotovost v znanje pri izvajanju določenih aktivnosti.
LOG <ul style="list-style-type: none"> • Funkcionalno sporazumevanje z uporabo različnih načinov sporočanja (govor, nadomestna komunikacija, geste, risanje, pisanje ipd.). • Spontana komunikacija. • Socialno vključevanje. • Druženje oseb s podobnimi težavami. • Možnost generalizacije v individualni terapiji pridobljenih zmožnosti. • Varno okolje za vzpostavljanje komunikacije. 	<ul style="list-style-type: none"> • Heterogenost skupine po zmožnostih (neuravnoteženo sodelovanje vseh udeležencev, težave pri izbiri ciljev in aktivnosti). • Manj možnosti za povratne informacije logopeda. • Umetna situacija.
PSIH/SD <ul style="list-style-type: none"> • Boljša povezanost med pacienti in osebjem na oddelku. • Takšna oblika dela deluje podporno tudi za tiste, ki se težje odprejo drugim, se težje pogovarjajo, lahko samo poslušajo. • Terapevtom daje širši okvir razmišljanja o posledicah možganske kapi ter jih s tem fleksibilno spodbuja, da iščejo vedno nove načine terapevtskih ukrepov. • Pacienti se imajo možnost preizkusiti v situacijah, ki so podobne okolju, kjer posameznik živi (delo v kuhinji, vrt, obisk trgovine ...). • Pacienti imajo izkušnjo terapije tudi z drugimi terapevti znotraj osebja na oddelku. • Pacientom je lahko delo v skupini tako potrditev lastnih napredkov kot spodbuda za naprej pri okrevanju. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niso vključeni vsi pacienti, utrudljivost je pogosto največja ovira. • Heterogene skupine. • Zaradi kompleksnosti samega funkcionalnega dne in izvedbe občasno primanjkuje terapevtov in je zato bolj zahtevna izpeljava nekaterih vsebin.

Legenda: FTH – fizioterapevt; DT – delovni terapevt; DMS – diplomirana medicinska sestra; MT – medicinski tehnik; LOG – logoped; PSIH – psiholog; SD – socialni delavec.

Legend: FTH – physiotherapist; DT – occupational therapist; DMS – registered nurse; MT – nurse; LOG – speech therapist; PSIH – psychologist; SD – social worker.

Model psihosocialne skupinske podpore ter kognitivnega treninga obenem je pomemben prispevek k funkcionalnemu dnevu - še posebej v primerih mlajših in delovno aktivnih posameznikov, kjer težave/oviranost gibanja niso primarna posledica možganske kapi, zato pa je kombinacija kognitivnih primanjkljajev s skrbmi glede prihodnosti in kakovosti življenja toliko bolj prednost, a pogosto navzven povsem (za)krit odtенок posledic možganske kapi. Skupinska terapija ter podpora v njej pa omogočata, da se pacienti močneje povežejo, kot bi se sicer na oddelku. To pa marsikateremu, po pripovedovanju udeležencev, dolgoročno omili kakšno stisko, s katerimi se soočajo kasneje, ko se vrnejo v domače okolje. Velikokrat se namreč zgodi, da se pri pacientih po možganski kapi začne socialna mreža ožiti in so nova poznanstva z ljudmi s podobnimi težavami dobrodošla (25).

Podobno kot so omenili v anketi naši terapevti, opisujejo tudi v literaturi, da je lahko slabost tovrstnega timskega delovanja dejstvo, da mora biti osebje izkušeno in stalno, da je zagotovljena kontinuiteta zdravljenja in ni zmedenosti med pacienti. Nepripravljeno osebje ne more neodvisno prehajati v transdisciplinarni tim brez zmanjšanja njegove učinkovitosti (26). Seveda tudi v takšnem timu terapevti prepoznavajo, da ni vsaka terapevtska disciplina strokovnjak za osrednja področja kompetenc drugih terapevtskih skupin, ki imajo dovolj znanja na določenem področju, zato se lahko včasih člani drugih terapevtskih skupin pri določeni nalogi počutijo negotove v svoje znanje in usposobljenost (27). Terapevti navajajo tudi časovno zahtevnost priprav na tovrsten terapevtski pristop in občasne težave pri razporejanju pacientov v skupine glede na njihove sposobnosti. Hkrati drugačen način izvajanja terapije vpliva tudi na ustaljen ritem dela. Za razvoj transdisciplinarnega timskega pristopa je potrebno razumevanje teoretičnega znanja, prenos informacij in veščin med terapevtskimi skupinami ter praktični vidik opazovanj, odločitev ter izbire terapevtskih tehnik v posamezni terapevtski skupini. Prehod v transdisciplinarni model delovanja rehabilitacijskega tima je zahteven posebej s kadrovskega in časovnega vidika.

ZAKLJUČEK

Skupinska vadba namenskih aktivnosti pri pacientih po možganski kapi temelji na transdisciplinarnem tiskem pristopu. Na našem oddelku se je takšen terapevtski pristop izkazal za izvedljivega in dobro sprejetega pri terapevtih in pacientih. Potrebne bodo dodatne raziskave in izkušnje pri uporabi transdisciplinarnega timskega pristopa.

Literatura:

- Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. *Lancet*. 2011; 377(9778): 1693-702.
- Daly JJ, Ruff RL. Construction of efficacious gait and upper limb functional interventions based on brain plasticity evidence and model-based measures for stroke patients. *ScientificWorldJournal*. 2007; 7: 2031-45.
- Dobkin BH. Clinical practice. Rehabilitation after stroke. *N Engl J Med*. 2005; 352(16): 1677-84.
- Combs SA, Kelly SP, Barton R, Ivaska M, Nowak K. Effects of an intensive, task-specific rehabilitation program for individuals with chronic stroke: a case series. *Disabil Rehabil*. 2010; 32(8): 669-78.
- van de Port IG, Wood-Dauphinee S, Lindeman E, Kwakkel G. Effects of exercise training programs on walking competency after stroke: a systematic review. *Am J Phys Med Rehabil*. 2007; 86(11): 935-51.
- Kwakkel G, Veerbeek JM, van Wegen EE, Wolf SL. Constraint-induced movement therapy after stroke. *Lancet Neurol*. 2015; 14(2): 224-34.
- Bosch J, O'Donnell MJ, Barreca S, Thabane L, Wishart L. Does task-oriented practice improve upper extremity motor recovery after stroke? A systematic review. *ISRN Stroke*. 2014; 2014: 1.
- van de Port IG, Wevers L, Roelse H, van Kats L, Lindeman E, Kwakkel G. Cost-effectiveness of a structured progressive task-oriented circuit class training programme to enhance walking competency after stroke: the protocol of the FIT-Stroke trial. *BMC Neurol*. 2009; 9: 43. doi: 10.1186/1471-2377-9-43.
- Wevers L, van de Port I, Vermue M, Mead G, Kwakkel G. Effects of task-oriented circuit class training on walking competency after stroke: a systematic review. *Stroke*. 2009; 40(7): 2450-9.
- Mead GE, Greig CA, Cunningham I, Lewis SJ, Dinan S, Saunders DH, Fitzsimons C, Young A. Stroke: a randomized trial of exercise or relaxation. *J Am Geriatr Soc*. 2007; 55(6): 892-9.
- Daniëls R, Winding K, Borell L. Experiences of occupational therapists in stroke rehabilitation: dilemmas of some occupational therapists in inpatient stroke rehabilitation. *Scand J Occup Therap*. 2002; 9: 167-75.
- McEwen SE, Huijbregts MP, Ryan JD, Polatajko HJ. Cognitive strategy use to enhance motor skill acquisition post-stroke: a critical review. *Brain Inj*. 2009; 23(4): 263-77.
- Mulder T. Motor imagery and action observation: cognitive tools for rehabilitation. *J Neural Transm (Vienna)*. 2007; 114(10): 1265-78.
- Fama ME, Baron CR, Hatfield B, Turkeltaub PE. Group therapy as a social context for aphasia recovery: a pilot, observational study in an acute rehabilitation hospital. *Top Stroke Rehabil*. 2016; 23(4): 276-83.
- Butt L, Caplan B. The rehabilitation team. In: Frank RG, Rosenthal M, Caplan B, eds. *Handbook of rehabilitation psychology*. 2nd ed. Washington: American Psychological Association; 2010: 451-457.
- Ross A, Winslow I, Marchant P. Evaluation of communication, life participation and psychological well-being in chronic aphasia: The influence of group intervention. *Aphasiology*. 20(5): 427-448.
- Ponsford J. Rehabilitation following traumatic brain injury and cerebrovascular accident. In: Ponsford J, ed. *Cognitive and behavioral rehabilitation: from neurobiology to clinical practice*. New York: Guilford Press; 2004: 299-342.
- Karol RL. Team models in neurorehabilitation: structure, function, and culture change. *NeuroRehabilitation*. 2014; 34(4): 655-69.
- Smithson EF, Kennedy P. Organization and planning in person-centered hospital-based rehabilitation services. In: Kennedy P, ed. *The Oxford handbook of rehabilitation psychology*. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2012: 128-142.

20. Körner M, Bütof S, Müller C, Zimmermann L, Becker S, Bengel J. Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: a systematic review. *J Interprof Care*. 2016; 30(1): 15-28.
21. Neumann V, Gutenbrunner C, Fialka-Moser V, Christodoulou N, Varela E, Giustini A, et al. Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine *J Rehabil Med*. 2010; 42(1): 4-8.
22. Quaschnig K, Körner M, Wirtz M. Analyzing the effects of shared decision-making, empathy and team interaction on patient satisfaction and treatment acceptance in medical rehabilitation using a structural equation modeling approach. *Patient Educ Couns*. 2013; 91(2): 167-75.
23. Smits SJ, Falconer JA, Herrin J, Bowen SE, Strasser DC. Patient-focused rehabilitation team cohesiveness in veterans administration hospitals. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003; 84(9): 1332-8.
24. Sinclair LB, Lingard LA, Mohabeer RN. What's so great about rehabilitation teams? An ethnographic study of inter-professional collaboration in a rehabilitation unit. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009; 90(7): 1196-201.
25. Erler KS, Sullivan V, Mckinnon S, Inzana R. Social support as a predictor of community participation after stroke. *Front Neurol*. 2019; 10: 1013.
26. Choi BC, Pak AW. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clin Invest Med*. 2006; 29(6): 351-64.
27. King G, Strachan D, Tucker M, Duwyn B, Desserud S, Shillington M. The application of a transdisciplinary model for early intervention services. *Infants Young Children*. 2009; 22(3): 211-23.