

ZGODNJA MEDICINSKA REHABILITACIJA V BOLNIŠNICAH – IZKUŠNJE SPECIALISTOV FIZIKALNE IN REHABILITACIJSKE MEDICINE INŠTITUTA ZA MEDICINSKO REHABILITACIJO UKC LJUBLJANA *ACUTE REHABILITATION IN A HOSPITAL SETTING – EXPERIENCES OF PRM SPECIALISTS AT THE INSTITUTE FOR MEDICAL REHABILITATION OF THE UNIVERSITY MEDICAL CENTRE IN LJUBLJANA*

asist. dr. Nataša Kos, dr. med., Melita Marolt, dr. med., Bogdana Sedej, dr. med.
Inštitut za medicinsko rehabilitacijo, Univerzitetni Klinični Center Ljubljana

Povzetek

V prispevku je opisan pomen zgodnje medicinske rehabilitacije v bolnišnici. Izpostavljeni so problemi, povezani z izvajanjem rehabilitacijskih postopkov v bolniški sobi, in težave pri odpuščanju bolnikov iz bolnišnice, ko še niso sposobni vrnitve domov.

Ključne besede:

zgodnja rehabilitacija; interdisciplinarni tim; bolnišnica; rehabilitacijski postopki

Abstract

We describe the importance of acute rehabilitation in a hospital setting. The problems connected with performing different rehabilitative procedures in a hospital room are addressed, as well as the difficulties faced when discharging patients who are not yet capable to return safely to their domestic environment.

Key words:

acute rehabilitation; interdisciplinary team; acute hospital; rehabilitative procedures

UVOD

Zgodnja medicinska rehabilitacija v akutnih bolnišnicah ima pomembno nalogo preprečevanja zapletov pri poškodbah in akutno obolelih. Ravno tako je pomembna v pripravi za kasnejšo rehabilitacijo. Vendar ima večina bolnišnic po Sloveniji zaposlene le fizioterapevte, izjemoma so v bolnišnici tudi delovni terapevti. Le v večjih bolni-

šnicah so kot organizacijske enote posebne službe, centri oziroma inštituti, ki združujejo fizioterapevte, delovne terapevte in specialiste fizikalne in rehabilitacijske medicine, ki skupaj predstavljajo rehabilitacijski tim. Taka organizacijska enota je tudi Inštitut za medicinsko rehabilitacijo (v nadaljevanju IMR), ki od leta 1996 deluje kot nepovezana samostojna enota v UKC Ljubljana. Ustanovitev IMR, ki se je v različnih obdobjih svojega obstoja imenoval različ-

no, sega v leto 1974, ko je bila v okviru Kirurške službe ustanovljena Služba za medicinsko rehabilitacijo. Sprva je bilo delo rehabilitacijskega tima omejeno le na hospitalizirane bolnike, kasneje pa se je razvila tudi ambulantna dejavnost.

Danes je primarna naloga Inštituta za medicinsko rehabilitacijo zgodnja medicinska rehabilitacija hospitaliziranih bolnikov na Kliničnih oddelkih Kirurške klinike, kamor sta razporejeni približno dve tretjini zaposlenih. Patologija, ki jo obravnavamo, je raznolika, pristop k bolniku pa timski, pri čemer postopke prilagajamo posamezniku glede na njegove potrebe in sposobnosti. Na oddelkih so organizirane Rehabilitacijske enote, katerih člani so zdravnik specialist, fizioterapevt in delovni terapevt; na kliničnih oddelkih tesno sodelujemo z zdravniki kirurgi, z negovalnim osebjem, po potrebi pa tudi s specialisti ostalih medicinskih strok. Razen tega opravljamo specialiste fizikalne in rehabilitacijske medicine IMR-ja tudi konziliarno delo po celotnem UKC Ljubljana in redno v Negovalni bolnišnici UKC Ljubljana.

Cilji zgodnje medicinske rehabilitacije pri hospitaliziranih bolnikih so usmerjeni v koriščenje koncepta plastičnosti, v preprečevanje sekundarnih zapletov, izboljšanje motoričnih funkcij in osamosvajanje pri izvajanju osnovnih dnevnih dejavnosti. Pogosto je potrebno pomagati bolniku tudi zaradi okvar na področju kognitivnih funkcij in vključiti psihologa, zaradi motenj govora ali motenj požiranja pa lahko tudi v akutni fazi vključimo logopeda. Objavljenih je kar nekaj študij, ki ugotavljajo, da so bolniki dosegli boljši funkcijski izhod in večjo kakovost življenja, če so bili že v fazi akutne hospitalizacije deležni timske rehabilitacijske obravnave (1 - 3). Novejši pregledni članki posebej poudarjajo pomen specialistov fizikalne in rehabilitacijske medicine ne le v času hospitalizacije, ampak pri mnogih boleznih in poškodbah tudi v času pred operacijo (4, 5). Specialisti fizikalne in rehabilitacijske medicine so sposobni identificirati bolnike, pri katerih obstaja večja verjetnost, da se bodo razvili problemi, povezani s funkcionalnostjo in jih je zato potrebno vključiti v zgodnji rehabilitacijski proces (4). Dobra predpriprava na operacijo izboljša funkcijsko kapaciteto posameznika (6). Dobro koordiniran rehabilitacijski program med hospitalizacijo, ki mu sledi tudi nadaljevanje rehabilitacijske obravnave po odpustu iz bolnišnice, pa vodi v zmanjšanje bolečine in hitrejšo okrevanje, kar ima za posledico tudi manjše stroške (5).

ORGANIZACIJA REHABILITACIJE – VLOGA SPECIALISTA FIZIKALNE IN REHABILITACIJSKE MEDICINE V BOLNIŠNICI

Vlogo specialista fizikalne in rehabilitacijske medicine je zelo dobro opisal Ward s sodelavci (7). Ward predlaga različne modele rehabilitacije v bolnišnici, od lastnih postelj v bolnišnici ali mobilnih rehabilitacijskih timov, pa do mode-

la, po katerem naj bi bil specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine dnevno prisoten na kliničnih oddelkih, predvsem v bolnišnicah, ki nimajo svojega rehabilitacijskega oddelka (7). V UKC Ljubljana smo se s svojim načinom dela približali kombinaciji predlaganih modelov. Zaposleni v IMR-ju s svojimi rehabilitacijskimi enotami v celoti pokrivamo kirurške oddelke UKC Ljubljana. Tako smo razporejeni na otroški oddelk kirurške klinike, na oddelk za intenzivno terapijo, na kardiokirurgijo, gastrokirurgijo, torakalno kirurgijo, urologijo, travmatologijo ter na oddelk za plastično kirurgijo in opekline. Najpogostejša patološka stanja, ki jih obravnavamo, so prikazana v Tabeli 1.

Tabela 1: Najpogostejša patološka stanja, ki jih obravnavajo zaposleni v IMR.

SISTEM	OKVARE
Nevrološki sistem	Poškodba možganov, ruptura žilne malformacije – SAH, možganska okvara po srčnem zastoju in reanimaciji, stanja po nevrokirurških operacijah, poškodbe in bolezni medule spinalis, infekcije – ČŽS, spinalno.
Mišično-skeletni sistem	Endoprotetika, spinalna kirurgija, amputacije – spodnjih, zgornjih udov, poškodbe – izolirane ali politravma, degenerativne bolezni hrbtenice, travmatski kompartment sindromi.
Srčno-žilni sistem	Operacije na srcu – zaklopke, by passi ... operacije na žilah, presaditev srca, levic, jeter.
Pooperativni zapleti	Infekcije, GVT, PE, krvavitve, preležanine.
Ostalo	Stanja po operaciji na GIT, urološke operacije, opekline, onkološki posegi.

Zaradi pestrosti poškodb in njihovih posledic, s katerimi se srečujemo na področju kirurgije, so fizioterapevti in delovni terapevti večinoma stalno ali vsaj za daljše obdobje razporejeni na posamezne klinične oddelke. Pomanjkanje specialistov fizikalne in rehabilitacijske medicine pa vodi v to, da en specialist pokriva več različnih področij. Sodelovanje s kolegi kirurgi poteka stalno, prisotnost specialistov na dnevnih raportih in jutranjih vizitah sodelovanje olajša. Na mnogih oddelkih je rehabilitacija v celoti prepuščena rehabilitacijskemu timu, drugje pa o poteku rehabilitacije pogosto odloča tudi kirurg, ki bolnika vodi. Glede na potrebe in težave bolnika se specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine dogovarja o vključitvi drugih specialnosti, predvsem logopeda in kliničnega psihologa. Pogosti so tudi stiki s socialno službo, kadar je za bolnike potreb-

no reševati težave na socialnem področju, kot je urejanje zavarovanj, pomoči na domu ali namestitve v domove za starejše občane.

Prednosti opisanega modela so predvsem v tesnem in stalnem medsebojnem sodelovanju med specialisti fizikalne in rehabilitacijske medicine in ostalimi člani tima. Tako se vključevanje v rehabilitacijo prične že v fazi, ko je bolnik še v intenzivni terapiji, predvsem s ciljem preprečevanja številnih sekundarnih zapletov, med drugim respiratornih zapletov, mišične atrofije ter omejene gibljivosti posameznih sklepov (5). Specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine se prvič sreča z bolnikom zelo hitro, po sprejemu na navadni oddelek ali ko je še v intenzivni negi na kliničnih oddelkih, posebej pa je prisotnost pomembna na Oddelku za intenzivno terapijo (CIT), kjer so običajno najtežji bolniki. Z uvajanjem novih metod in ob stalnem sodelovanju z intenzivistami se prično postopki zgodnje rehabilitacijske obravnave že v tem obdobju, nato se nadaljujejo na oddelku, kamor je bolnik premeščen. Tu je potrebno poudariti predvsem koordinirano delo vseh posameznikov, ki se ukvarjajo z bolnikom, saj je dokazano, da so rezultati boljši, če je obravnava interdisciplinarna (8).

Delo rehabilitacijskega tima se nadaljuje tudi ob premestitvi bolnika na navadni oddelek, postopki se prilagajajo posameznikom glede na sposobnosti, ki se objektivno ocenijo s pomočjo ocenjevalnih lestvic. Cilji so kratkoročni, usmerjeni v doseganje primerne gibljivosti in mobilnosti ter čim večje samostojnosti pri opravljanju osnovnih dnevnih dejavnosti. Pri določanju ciljev sodelujejo vsi člani tima.

Pravilna odločitev glede nadaljnje rehabilitacije in glede časa, ki je primeren za premestitev oziroma odpust iz bolnišnice, pomembno vpliva na kakovost življenja posameznika (9). Glede na staranje populacije in posledično težje bolnike na eni strani in željo po krajšanju ležalnih dob v bolnišnici na drugi strani naletimo na velike težave, saj bolniki ob odpustu pogosto ne dosegajo takšnega funkcijskega stanja, da bi jih lahko odpustili domov. Ugotovljeno je, da z uvajanjem akutne rehabilitacije v bolnišnici lahko dosežemo hitrejše napredovanje bolnika (9). Kljub temu, da se trudimo, je časa za doseganje dobre funkcionalnosti, predvsem pri starejših bolnikih s številnimi spremljajočimi boleznimi, pogosto premalo.

TEŽAVE PRI IZVAJANJU REHABILITACIJE V BOLNIŠNICI

Poleg kadrovske stiske se pri delu na oddelkih, kjer so hospitalizirani kirurški bolniki, pogosto srečujemo s prostorskim problemom.

Klinični oddelki nam ne morejo zagotoviti ustreznega terapevtskega prostora, kjer bi lahko v miru in v zasebnosti obravnavali bolnike. Vsak bolnik potrebuje individualno

obravnavo, kajti pooperativno so potrebe bolnikov zelo različne, njihove težave pogosto hude in kompleksne. Vsi postopki zgodnje medicinske rehabilitacije potekajo kar ob bolniški postelji, torej v sobi, kjer je več bolnikov.

Zaradi omejenega prostora je tudi uporaba pripomočkov za rehabilitacijo otežena. Novejši pripomočki so nekoliko večji; da jih pripeljemo do postelje in jih tam namestimo za uporabo, je potrebno kar veliko prostora, kar pa je zaradi majhnih sob pogosto težavno. Problem nam predstavlja tudi shranjevanje pripomočkov, kar na oddelkih, kjer delamo, ni mogoče.

Opisane težave so bolj tehnične narave in zaradi naše iznajdljivosti ne vplivajo na kakovost dela, ki ga opravljamo. Večji problem, na katerega naletimo, pa je povezan z željo kirurgov po hitrem odpustu bolnika iz bolnišnice, bodisi domov, v zdravilišče, negovalno bolnišnico ali v rehabilitacijsko ustanovo – URI - Soča. Hitro premeščanje pogosto ni mogoče, in sicer največkrat zaradi zasedenosti postelj v ustanovi, kamor bolnika premeščamo. Drug razlog pa je lahko tudi v tem, da je bolnikovo stanje še neprimerno za premestitev.

V objavljenih raziskavah ugotavljajo, da je za dober funkcijski izhod potrebno zagotoviti kontinuiteto v rehabilitaciji in da je planiranje odpusta iz bolnišnice nujno potrebno (1, 10, 11). Ob rehabilitacijski obravnavi bolnikov in stalnem spremljanju napredka na oddelku ocenimo sposobnost bolnika in potrebo po nadaljnjih postopkih rehabilitacije. V sodelovanju s kolegi kirurgi se dogovarjamo o najustreznejši obravnavi, ki naj bi jo imel bolnik po odpustu iz bolnišnice. Malo bolnikov je lahko odpuščenih domov v enakem funkcijskem stanju kot pred sprejemom v bolnišnico, večina potrebuje dodatno pomoč za osamosvojitve. Žal pa v slovenskem prostoru, razen možnosti kratkotrajne rehabilitacije v zdravilišču, nimamo ustanove za bolnike, ki ne potrebujejo kompleksne rehabilitacije in zato niso primerni za URI-Soča, po drugi strani pa so sposobni sodelovanja v intenzivnejšem rehabilitacijskem programu, kot ga lahko nudijo negovalne bolnišnice. Tudi pri nas obstajajo zaenkrat le želje, da se v akutni bolnišnici organizira oddelek z rehabilitacijskimi posteljami, kamor bi lahko premestili bolnike, ko bi se njihovo stanje stabiliziralo in ne bi več potrebovali kirurškega zdravljenja. Prednosti takega oddelka so predvsem v usmerjanju dela k izboljšanju funkcije posameznika in k spodbujanju posameznika k izvajanju dejavnosti. Premeščanje s takega oddelka drugam je tudi lažje in hitrejše (7). Pri tem lahko nastopi težava predvsem glede števila postelj, ki bi bile hitro v celoti zasedene, kar bi povzročilo prehiter odpust in neustrezno premestitev drugam (7), kar se dogaja sedaj, ko je potrebno sprostiti kirurško posteljo za drugega bolnika. Vendar bi morala biti ustanovitev takega oddelka v interesu vodstva bolnišnice.

ZAKLJUČEK

Zaposleni v IMR-ju delujemo timsko, saj se zavedamo pomena usklajenega delovanja različnih specialistov na področju fizikalne in rehabilitacijske medicine. Delo v akutni bolnišnici nam predstavlja izziv, saj je trenutna organizacija bolnišnice namenjena predvsem zdravljenju in diagnostiki bolnikov. Vsem bolnikom se sicer zagotavlja tudi fizioterapija kot del rehabilitacije, rehabilitacijski tim v pravem pomenu besede pa je organiziran le na kliničnih oddelkih Kirurške klinike. Prepoznavnost IMR-ja znotraj UKC Ljubljana je v zadnjih letih večja, kar nam omogoča, da se počasi približujemo želji po vključitvi specialistov fizikalne in rehabilitacijske medicine v proces rehabilitacije tudi na ostalih oddelkih UKC Ljubljana.

Literatura

1. Stineman MG, Kwong PL, Kurichi JE, Prvu-Bettger JA, Vogel DVB, Maislin G, Bates BE, Reker. The effectiveness of inpatient rehabilitation in the acute postoperative phase of care after transtibial or transfemoral amputation: study of an integrated health care delivery system. *Arch Phys Med Rehabil* 2008; 89: 1863–72.
2. Parker AM, Lord RK, Needham DM. Increasing the dose of acute rehabilitation: is there a benefit? *BMC Med* 2013; 11: 199.
3. Iwamoto M, Higashibepu N, Arioka Y, Nagaya Y. Swallowing rehabilitation with nutrition therapy improves clinical outcome in patients with dysphagia at an acute care hospital. *J Med Invest* 2014; 16: 353–60.
4. Ibrahim MS, Khan MA, Nizam I, Haddad FS. Perioperative interventions producing better functional outcomes and enhanced recovery following total hip and knee arthroplasty: an evidence-based review. *BMC Med* 2013; 11: 37.
5. Varela E, Oral A, Ilieva EM, Kucukdeveci AA, Vapero R, Berteau M, Christodoulou N. Musculoskeletal perioperative problems. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The european perspective based on the best evidence. *Eur J Phys Rehabil Med* 2013; 49: 753–9.
6. Ditmyer M, Topp R, Pifer M. Prehabilitation in preparation for orthopaedic surgery. *Orthop Nurs* 2002; 21: 43–51.
7. Ward AB, Gutenbrunner C, Damjan H, Giustini A, Dealrque A. European Union of Medical Specialists (UEMS) section of Physical and Rehabilitation Medicine: a position paper on physical and rehabilitation medicine in acute settings. *J Rehabil Med* 2010; 42: 417–24.
8. Neumann V, Gutenbrunner C, Fialka-Moser V, Christodoulou N, Varela F, Giustini A, et al. Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine. *J Rehabil Med* 2010; 42: 4–8.
9. Poulos CJ, Magee C, Bashford G, Eagar K. Determining level of care appropriateness in the patient journey from acute care to rehabilitation. *BMC Health Serv Res* 2011; 11: 291.
10. Knecht S, Hesse S, Oster P. Rehabilitation after stroke. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108: 600–6.
11. Yam CHK, Wong ELY, Cheung AWL, Chan FWK, Wong FYY, Yeoh E. Framework and components for effective discharge planning system: a delphi methodology. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 396.