

POSTAVLJANJE CILJEV PRI BOLNIKU PO MOŽGANSKI KAPI

GOAL SETTING IN PATIENTS AFTER STROKE

asist. dr. Nataša Bizovičar, dr. med., Teja Kovačec Hermann, dr. med.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Izvleček

Izhodišča:

Rehabilitacijska obravnava bolnikov po možganski kapi zahteva strukturiran program, ki vključuje bolnikove osebne cilje in opolnomočenje bolnika med tem procesom. Postavljanje ciljev v rehabilitacijski obravnavi lahko izboljša zadovoljstvo bolnika in skrajša čas bolnišnične obravnave. Še vedno je na voljo le malo podatkov v literaturi glede uporabe načel Mednarodne klasifikacije funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF) v procesu postavljanja rehabilitacijskih ciljev.

Metode:

Izvedli smo prospektivno študijo primera bolnika po možganski kapi, ki je bil sprejet na URI – Soča leta 2017. Člani rehabilitacijskega tima so z uporabo razširjenega jedrnega niza MKF za možgansko kap ocenili ob sprejemu in ob odpustu, na katerih področjih je imel bolnik težave. Terapevti in bolnik so ob sprejemu in ob odpustu ocenili rehabilitacijske cilje.

Rezultati:

Glede na MKF je bolnik večino svojih ciljev postavil s področja dejavnosti in sodelovanja, terapevti pa s področja telesnih funkcij in dejavnosti. Terapevti so ocenili veliko večino (143) kategorij MKF in le 4 kategorije niso bile ocenjene. Večina ciljev bolnika je bilo nereálnih glede na njegovo funkcijsko stanje; ob odpustu ni bil zadovoljen z izidom rehabilitacijske obravnave. Bolnik je po mnenju terapevtov dosegel izboljšanje le pri 20 % kategorij jedrnega niza MKF za možgansko kap.

Zaključki:

Uporaba razširjenega jedrnega niza MKF za možgansko kap v kombinaciji z oceno rehabilitacijskih ciljev, usmerjeno v bolnika, je lahko uporabna za osredotočanje pozornosti na pomembne vidike bolnikovega delovanja in na okoljske dejavnike. Za nadaljnje raziskave bi bil smiseln razvoj ocenjevalnih orodij na podlagi MKF za postavljanje rehabilitacijskih ciljev pri bolnikih po možganski kapi.

Abstract

Background:

Rehabilitation of patients after stroke requires a structured programme that considers the patient's personal goals and empowers them during this process. It has been suggested that goal-setting rehabilitation approaches could achieve increased patient satisfaction and shorter inpatient stay. There are still little data available in the literature about implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in the rehabilitation goal setting process.

Methods:

A prospective study of a stroke patient, admitted to the University Rehabilitation Institute in Ljubljana, Slovenia, in 2017 was performed. Rehabilitation team members evaluated the degree of functional problems on the comprehensive ICF core set. The therapists and the patient evaluated his goals during the rehabilitation process at admission and discharge.

Results:

The majority of patient's goals were at the level of Activity and Participation, whereas the problems identified by the therapists were mainly from the list of Body Functions and Activity. The therapists assessed 143 ICF categories and only 4 remained unassessed. Many personal goals of the patient were unrealistic according to his functional status and he was also not satisfied with the outcomes of rehabilitation treatment. He reached improvement in only 20 % of the ICF core set categories.

Conclusions:

ICF core set in combination with patient-centred goal evaluation could be useful for focusing attention on important aspects of the patient's functioning and on environmental factors. For future research, it could be beneficial to use ICF-based evaluation tools in the goal setting process of patients after stroke.

Ključne besede:

Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF); jedrni nizi MKF; možganska kap; rehabilitacijski cilji

Key words:

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF); ICF core sets; stroke; rehabilitation goals

UVOD

Možganska kap je eden od vodilnih vzrokov zmanjšane zmožnosti pri odraslih in ima pomemben vpliv na bolnika ter svojce. Rehabilitacijska obravnava bolnikov po možganski kapi je multidisciplinarni proces, ki vključuje oceno funkcijske okvare, postavljanje ciljev in oceno napredka (1). Postavljanje ciljev rehabilitacijskega tima skupaj z bolnikom in z njegovimi sorodniki oziroma skrbniki je ključna dejavnost rehabilitacijskega procesa, ki jo priporočajo tudi smernice za obravnavo bolnikov po možganski kapi. Po definiciji je rehabilitacijski cilj namen ali končni cilj določenih posegov ali programov (2). Rehabilitacijski cilj lahko motivira bolnika za sodelovanje v terapiji in služi kot merilo izida rehabilitacijske obravnave. Hkrati ima lahko tudi pozitiven učinek na funkcijski izid rehabilitacije bolnikov po možganski kapi (3). Zato je bistvo postavljanja rehabilitacijskih ciljev tudi, da so le-ti pomembni za bolnika. Bolniki pa imajo pri tem pogosto težave z razumevanjem svoje diagnoze, napovedi izida zdravljenja in stopnje okvare, zaradi česar so njihovi cilji pogosto nerealni (4). Cilji v domačem okolju so lahko tudi drugačni kot v bolnišničnem okolju. Bolniki po kapi in njihovi terapevti imajo pogosto različne poglede na postavljanje ciljev. Bolniki se usmerijo predvsem na raven sodelovanja, terapevti pa na raven telesnih funkcij in dejavnosti (5).

Priporočila kanadskih smernic in ameriškega združenja za srce priporočajo, naj postavljanje ciljev pri bolnikih po možganski kapi vsebuje vidike Mednarodne klasifikacije funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF) (3). MKF je integrativni model zdravja, ki omogoča celostno, večdimenzionalno in interdisciplinarno razumevanje zdravja in z zdravjem povezanih stanj. Glede na MKF so težave povezane z boleznijo na ravni telesnih funkcij in struktur ter z izvajanjem dejavnosti in sodelovanja v življenjskih situacijah. Na zdravstveno stanje in razvoj zmanjšane zmožnosti vplivajo tudi dejavniki iz okolja in osebni dejavniki (6). Po priporočilih MKF naj bi se cilje pogosteje usmerjalo v doseganje spremembe v dejavnosti in sodelovanju. MKF izboljša kakovost komunikacije in učinkoviteje pojasni vloge med člani rehabilitacijskega tima. MKF ima tudi potencial za postavljanje in ocenjevanje rehabilitacijskih ciljev za posameznega bolnika pri kliničnem in raziskovalnem delu (7). Trenutno je še vedno narejenih premalo z dokazi podprtih prostpektivnih raziskav na področju postavljanja ciljev pri bolnikih po možganski kapi. MKF razširjen jedrni niz za možgansko kap, vsebuje izbrane MKF kategorije, ki pokrivajo tipičen spekter težav pri funkcioniranju oseb ne glede na obdobje po možganski kapi (8). Drug možen

način postavljanja ciljev, ki se pogosto uporablja v redni klinični praksi, je tudi zapisovanje najpomembnejših ciljev za bolnika na timskih sestankih (9).

METODE

Raziskava je bila zastavljena prostpektivno. Na študiji primera so terapevti najprej na podlagi razširjenega jedrnega niza za možgansko kap po MKF ocenili, na katerih področjih je imel bolnik ob sprejemu težave, ki so jih ocenili z ocenami 0-4 ter 8 in 9, enako ocenjevanje so opravili tudi ob odpustu. Ob sprejemu so člani rehabilitacijskega tima postavili rehabilitacijske cilje in ocenili, v kolikšni meri se jim zdijo dosegljivi po Likertovi skali (kategorije 1-4). Odgovorili so tudi na vprašani glede vključevanja bolnika v postavljanje rehabilitacijskih ciljev in če terapevtovi cilji vključujejo tudi cilje, pomembne za bolnika (možna odgovora DA/NE). Ob odpustu so terapevti ocenili, v kolikšni meri so menili, da so bili zastavljeni cilji doseženi, dodali kakšne dodatne cilje in ocenili ovire pri postavljanju ciljev pri določenem bolniku. Hkrati je tudi bolnik ob sprejemu napisal svoje glavne in manj pomembne cilje glede rehabilitacijske obravnave in ocenil, v kolikšni meri so se mu zdeli le-ti dosegljivi po Likertovi skali (kategorije 1-4). Ob odpustu je bolnik ocenil, v kolikšni meri je menil, da so bili njegovi zastavljeni cilji (kategorije 1-4) doseženi in dodal morebitne dodatne cilje. Odgovoril je tudi na vprašanje glede upoštevanja njegovih osebnih ciljev v procesu rehabilitacijske obravnave. Raziskavo je odobrila Komisija za medicinsko etiko na URI-Soča dne 8. 1. 2018. Bolnik je sodeloval v raziskavi prostovoljno in je podpisal soglasje o obveščnem pristanku k sodelovanju v raziskavi.

PREDSTAVITEV BOLNIKA

63-letni gospod je dne 30. 12. 2016 utrpel znotrajmožgansko krvavitev v bazalnih ganglijah levo. Zato je prišlo do desnostranske hemipareze in sensorimotorične disfazije. V sklopu zgodnjega zdravljenja na nevrološki kliniki je prebolel globoko vensko trombozo na desnem spodnjem udu in obojestransko pljučno embolijo. Po odpustu iz akutne bolnišnice je bil nameščen v domu starejših občanov, kjer so vadili vstajanje in usedanje; hoje in samostojnega premeščanja še ni zmožel, samostojno pa je poganjal voziček na krajše razdalje. Pri izvajanju osnovnih dnevnih aktivnosti je zmožel samostojno umivanje obraza, hranjenje in oblačenje zgornjega dela telesa. Za odvajanje blata je potreboval

odvajala, urin je zaradi slabe pokretnosti odvajal v plenice (poziv za uriniranje naj bi čutil). Od ostalih bolezni se je zdravil zaradi arterijske hipertenzije. Sicer je bil nekadilec, alkohol pa je užival občasno. Bil je upokojen. Pred možgansko kapjo je živel sam v hiši.

8. 11. 2017 je bil sprejet na kompleksno rehabilitacijsko obravnavo na Oddelek za rehabilitacijo bolnikov po možganski kapi, URI-Soča. V terapevtskih programih je sicer sodeloval po svojih zmogljivostih, imel pa je nerealna pričakovanja in težave s sprejemanjem bolezenskega stanja. V času obravnave smo ukinili protibolečinska zdravila, ker ni več navajal bolečine. Gospod je bil obravnavan pri internistu zaradi prilagajanja antihipertenzivne terapije ob višjih vrednostih krvnega tlaka. Zaradi otekanja desnega gležnja in stopala je bil večkrat narejen UZ ven, kjer ni bilo znakov za proksimalno globoko vensko trombozo. V laboratorijskih izvidih je bila prisotna hipokaliemija in je potreboval dodatek kalijevih soli ter uvedbo diuretika. Prisotna je bila frekvenca uriniranja v majhnih količinah urina, odvzet nativni urin je bil patološki, urinokultura pa je potrdila okužbo sečil z *Echerichio coli*. Ultrazvočni postmikcijski zaostanki urina so bili več kot 200 ml, s čimer smo potrdili zastajanje seča. Ker intermitentna kateterizacija ni bila mogoča, smo gospoda napotili na pregled k urologu, kjer so vstavili cistostomski kateter. Fizioterapevti so menili, da se je funkcijsko stanje pri gospodu med rehabilitacijsko obravnavo minimalno izboljšalo. Zmogel je vstati ob opori ene osebe, stoja je bila asimetrična, zaradi flektorne kontrakture v

kolenu je bila obremenitev desnega spodnjega uda zelo slaba. Hoja ni bila funkcionalna in je bila možna le v bradlji ob asistenci ene osebe. Močno okrnjeno je bilo tudi ravnotežje. Ugotovili so srednje visoko nevarnost za padeč (na lestvici je dosegel 3/9 točk). Delovni terapevti so ob odpustu ugotovili nekoliko boljšo motorično funkcijo desnega zgornjega uda s slabim vključevanjem desnice v funkcijo, z bolečino in omejeno gibljivostjo v rami ter motnjo povrhnje in globoke občutljivosti. Izboljšala se je izvedba večine dnevnih aktivnosti, pri oblačenju spodnjega dela telesa je potreboval minimalno pomoč, pri premeščanju pa nadzor v obliki dotika. Do odpusta se je pri gospodu razumevanje govora nekoliko izboljšalo, še vedno so bile prisotne težave pri razumevanju slišanih sporočil in poslušanju hitrega govora. Spremenjene govorno-jezikovne sposobnosti so bolniku omogočale funkcionalno sporazumevanje. Klinični psiholog je ugotovil transkortikalno obliko motorične disfazije in upočasnjenost v kognitivnem procesiranju podatkov (nižja učinkovitost delovnega spomina, blage motnje vidnoprstorskih sposobnosti), kar je posegalo v kakovost učenja in osvajanja novih veščin. Zaradi premorbidne osebnostne naravnosti k fizični storilnosti in gibanju je gospodu trenutna zdravstvena situacija predstavljala vir nezadovoljstva in stresa. Gospod je bil vključen tudi v suportivna srečanja pri psihologu. Vključen je bil tudi v suportivno, informativno in svetovalno obliko socialne obravnave. Po odpustu iz naše ustanove se je vrnil v dom za ostarele. Od medicinskih pripomočkov smo mu predpisali sedežno blazino in standardni voziček na ročni pogon.

REZULTATI

Tabela 1: Ocene na MKF jedrnem nizu za možgansko kap pri bolniku (S-sprejem, O-odpust).

Table 1: Qualifiers of the ICF Core Set for Stroke for the patient (S=admission, O=discharge)

	ZDRAVNIK		FIZIOT.		DEL. TER.		DIPL. M. S.		LOGOPED		PSIHOL.		SOC. DEL.	
	PHYSICIAN		PHYSIOTH.		OCCUP. TH.		REG. NURSE		SPEECH TH.		PSYCHOL.		SOC. WORK.	
	S	O	S	O	S	O	S	O	S	O	S	O	S	O
b110	0	0							0	0	0	0		
b114	0	0	0	0					0	0	1	1		
b117	0	0							8	8	3	3		
b126	8	1							9		2	2		
b130	8	8	2	2					8		1	1		
b134	8	0							8					
b140	0	0	1	1	0	0			2	2	4	4		
b144	0	0	1	1					8	8	3	3		
b152	0	1							8	8	2	2		
b156	1	1							2	2	2	2		
b160	1	1							8	8	3	3		
b164	1	0							8	8	4	4		
b167	1	0							1	1				
b172	0	0							8	8	3	3		
b176	0	0							8	8	4	4		
b180									8		0	0		
b210	0	0			2	2					0	0		
b215	0	0												
b230	1	1			0	0			1	1				

b2350	3	3			3	2				
b250	8	8								
b260	2	2	2	2	2	2				
b265	2	2	2	2	3	3				
b270	2	2			3	3				
b280	8	1	0	0	2	1				
b310	0	0					0	0		
b320	0	0					0	0		
b330	0	0					0	0		
b410	0	1								
b415	0	1								
b420	0	1								
b429	0	1								
b440	0	0								
b455	1	1	2							
b510							0	0		
b525	1	0			1	0				
b530	0	0								
b545	1	1								
b620	1	3			3	0				
b640	8	8								
b710	1	1	3	2	2	2				
b715	0	0	2	2	3	2				
b730	3	3	3	2	3	3				
b735	2	2	2	2	1	1				
b740	2	2	3	2	3	2				
b750	2	2								
b755	0	0								
b760	0	0	2	2						
b770	3	3	3	2						
b810	0	0			1	0				
s110	2	2					3	3		
s410	1	1								
s720	2	2	2	2	4	3				
s730	3	3	2	2	3	3				
s750	3	3	3	2						
d140	1	1					1	1		
d145	1	1					2	2		
d115	1	1					2	2	3	3
d155	8	8							2	2
d160	1	1							3	3
d163	8	8							3	3
d166	1	1					1	1		
d170	1	1			4	4	2	2		
d172	1	1					8	8	3	3
d175	1	1							3	3
d210					4	3				
d220					4	4			4	4
d230										
d240									4	4
d310	1	1					1	1		
d315	1	1					1	1		

d320	0	0					0	0		
d325							1	1		
d330							1	1		
d335							8	8		
d345							1	1		
d350							1	1		
d360							0	0		
d410	3	3	1	1	3	2				
d415	2	2	2	1	3	3				
d420	2	2	2	1	3	2				
d430	2	2	2	1	4	4				
d440	2	2	2	2	4	4				
d445	2	2	2	1	3	3				
d450	4	3	3	3						
d455	3	3	4	4						
d460			2	2						
d465	0	0	1	1	1	0				
d470	1	1								
d475	4	4						4	4	
d510	1	1			4	3	3	2		
d520	1	1			3	3	3	2		
d530	2	2			4	3	4	0		
d540	2	2			3	2	3	2		
d550	2	2			2	1	1	1		
d570	2	2								
d610	3	3							1	1
d620									1	1
d630	3	2					1	1	1	1
d640	3	3							1	1
d710	1	1							3	3
d720	1	1							2	2
d740									1	1
d750									3	3
d760									2	3
d770									1	2
d839									1	1
d845									1	1
d850									1	1
d855									1	1
d860									1	1
d870									4	4
d910									4	4
d920									3	3
e1100	1+	1+					1+	1+		
e1101	1+	1+					1+	1+		
e115	1+	1+								
e120	0	0	1		1+	1+				
e125	0	0						0	0	
e135	0	0								
e150	0	0								
e155										
e165										

e210					
e310	1+	1+			1+ 1+
e315	0	0			1- 0
e320	0	0			0 0
e325	0	0			1+ 0
e340	1+	1+	1+	1+	1+ 1+
e360	1+	1+			1+ 1+
e410	1+	1+			1+ 1+
e420	0	0			0 0
e425	0	0			0 0
e440	0	0			0 1+
e450					1+ 1+
e455					1- 0
e460					1+
e515					1+ 1+
e525					1+ 1+
e535					1+ 1+
e540					1+ 0
e550					1+ 1+
e555					1+ 1+
e570					1+ 1+
e575					1+ 1+
e580					1+ 0
e590					0 0

Opomba: pri ocenjevanju smo v MKF razširjeni jedrni niz za možgansko kap dodali 22 kategorij (b160, b230, b250, b2350, b429, b440, b530, b545, b810, d140, d145, d163, d320, d430, d440, d445, d460, d610, d720, d740, d839, E1101). Ocene: 0 – ni problema, 1 – majhen problem, 2 – zmeren problem, 3 – velika okvara, 4 – popolna okvara, 8 – neopredeljeno, 9 – neuporabljivo; -1 – oteževalec, 0 – ni olajševalca/oteževalca, +1 – olajševalec. Odebeljen tekst: izboljšanje ocene, senčeno ozadje: poslabšanje ocene.

Note: we added 22 categories to the extended ICF Core Set for Stroke. Qualifiers: 0 – no problem, 1 – minor problem, 2 – moderate problem, 3 – major impairment, 4 – complete impairment, 8 – unknown, 9 – not applicable; -1 – barrier, 0 – neither barrier nor facilitator, +1 – facilitator. Bold text: improvement, grey shading: worsening of the qualifier.

Tabela 2: Cilji bolnika (S – sprejem, O – odpust).

Table 2: Patient's goals (S – admission, O – discharge).

GLAVNI CILJI – BOLNIK MAIN GOALS – PATIENT	S	O	MANJ POMEMBNI CILJI – BOLNIK MINOR GOALS – PATIENT	S	O
Hoja	2	1	Kuhanje obrokov	4	1
Samostojna osebna higiena	3	3	Branje knjig	4	1
Samostojno in varno premeščanje na stranišče	3	4	Druženje s prijatelji	4	1
Samostojno bivanje v domačem okolju	2	1	Izleti v naravo v skupini	4	1
Vožnja avtomobila	3	1	Delo okoli hiše	3	1
DODATNI CILJI – BOLNIK					
Odstranitev cistostome		3			

Ocene: 1 – ni dosegljiv, 2 – težko dosegljiv, 3 – zmerno dosegljiv, 4 – popolnoma dosegljiv

Ratings: 1 – not attainable, 2 – hardly attainable, 3 – moderately attainable, 4 – completely attainable

Od dodatnih ciljev, ki so se pojavili med rehabilitacijsko obravnavo, je zdravnik navedel diagnostične postopke za ugotavljanje strikture sečnice in odstranitev cistostome. Poleg tega cilja je diplomirana medicinska sestra kot cilj navedla tudi redno odvajanje blata z odvajali na stranišču. Ostali člani rehabilitacijskega tima niso navedli dodatnih ciljev. Od ovir pri doseganju ciljev so udeleženci raziskave navedli nekritičnost in previsoka pričakovanja bolnika, slab uvid bolnika v omejitve po bolezni (kot najpomembnejši cilj je najpogosteje poudarjal hojo in vrnitev v domače okolje), zdravstvene zaplete, slabši sluh, nižjo razpoložensko lego po

vstavitvi cistostome in tesnoba, težave na kognitivnem področju v smislu slabše pozornosti, popolno neujemanje ciljev bolnika in ciljev njegovih svojcev. Socialni delavec je odgovoril, da bi pri bolniku lahko cilje zastavila drugače, če bi bilo na voljo več časa za delo z bolnikom oz. daljši čas hospitalizacije, ostali terapevti pa so menili, da so imeli na voljo dovolj časa. Bolnik je ocenil, da so terapevti v času rehabilitacijske obravnave pogosto upoštevali njegove osebne cilje. Vsi člani rehabilitacijskega tima so ocenili, da so pred postavljanjem ciljev bolnika vprašali glede njegovih ciljev in da so njihovi cilji zajeli tudi cilje, pomembne za bolnika.

Tabela 3: Cilji članov rehabilitacijskega tima (S-sprejem, O-odpust).**Table 3:** Goals of the rehabilitation team (S – admission, O – discharge).

CILJI – ZDRAVNIK / GOALS – PHYSICIAN	S	O
Izboljšanje motoričnih sposobnosti desnih udov	3	2
Izboljšanje samostojnosti pri izvajanju dnevnih aktivnosti	3	2
Izboljšanje samostojnosti pri transferjih	3	2
Varna vertikalizacija	3	1
Poskus vzpostavitve hoje	2	4
Oprema z ustreznimi medicinskimi pripomočki	4	4
Edukacija svojcev	4	4
Vodenje sekundarne preventive ponovne možganske kapi	4	4
Ocena kognitivnih sposobnosti	4	4
Kontinenca za urin in blato	4	2
FIZIOTERAPEVT / PHYSIOTHERAPIST		
Izboljšanje transferja in mobilnosti	3	3
Izboljšanje vstajanja	3	3
Izboljšanje stoje	3	3
Izboljšanje gibljivosti desnega kolenskega sklepa	2	2
Izboljšanje motorične funkcije desnega spodnjega uda	3	3
Izboljšanje funkcije desnega zgornjega uda	2	2
Poskus vzpostavitve hoje [pacientov cilj]	2	1

Ocene: 1 – ni dosegljiv, 2 – težko dosegljiv, 3 – zmerno dosegljiv, 4 – popolnoma dosegljiv
 Ratings: 1 – not attainable, 2 – hardly attainable, 3 – moderately attainable, 4 – completely attainable

DELOVNI TERAPEVT / OCCUPATIONAL THERAPIST		
Izboljšanje motoričnih sposobnosti desnega zgornjega uda	2	2
Izboljšanje samostojnosti pri izvajanju dnevnih aktivnosti	3	3
Izboljšanje samostojnosti pri transferjih	3	3
Oprema z medicinskimi pripomočki	4	4
DIPL. MED. SESTRA / REGISTERED NURSE		
Redno odvajanje blata na 2-3 dni z odvajali na stranišču	4	4
Vzpostavitev kontinenca za izločanje urina	4	1
Vzpostavitev delne samostojnosti pri oblačenju in slačenju	3	3
Vzpostavitev samostojnega tuširanja	2	1
Preprečevanje padca	3	4
LOGOPED / SPEECH THERAPIST		
Okrepiti poslušanje in razumevanje slišanih sporočil	3	2
Naučiti bolnika, kako učinkovito priključiti besede	3	3
PSIHOLOG		
Izvesti klinično psihološko diagnostiko	3	4
Izvesti pogovor s svojci	3	4
Edukacija bolnika glede morebitnih motenj	3	4
SOCIALNI DELAVEC / SOCIAL WORKER		
Urejanje namestitve po odpustu – vrnitev v DSO	3	4
Vračanje domov po odpustu	2	1

Tabela 4: Rezultati ocenjevalnih lestvic.**Table 4:** Results of the rating scales.

	Ob sprejemu / At admission		Ob odpustu / At discharge	
mFIM	40		37	
kFIM	31		31	
sFIM	71		68	
KPSS	25		/	
FAST	20		/	
PASS	13		21	
WMFT	čas: 80,99 s	funkc. spos.: 0,73	čas: 80,46 s	funkc. spos.: 0,93

FIM – Lestvica funkcijske neodvisnosti; KPSS – Kratki preizkus spoznavnih sposobnosti; FAST – Frenchayski presejalni test za afazijo; PASS – Lestvica ocenjevanja drže pri bolnikih po možganski kapi; WMFT – Wolf test motoričnih funkcij

FIM – Functional Independence Measure; KPSS – Mini Mental Test, FAST – Frenchay Aphasia Screening Test, PASS – Postural Assessment Scale for Stroke, WMFT – Wolf Motor Function Test

RAZPRAVA

Vsi člani rehabilitacijskega tima so ocenili, da so pred postavljanjem ciljev bolnika vprašali glede njegovih ciljev in da so njihovi cilji zajeli tudi cilje, pomembne za bolnika. Hkrati je tudi bolnik ocenil, da so terapevti v času rehabilitacijske obravnave pogosto upoštevali njegove osebne cilje. Po podrobnejšem pregledu podatkov ugotovljamo, da so od glavnih ciljev pri bolniku terapevti zajeli 4 od 5 ciljev (z izjemo vožnje avtomobila), ki jih je ob sprejemu ocenil z enako mero dosegljivosti kot člani rehabilitacijskega tima (Tabela 2). Od manj pomembnih ciljev je bolnik naštel cilje v večini na ravni sodelovanja po MKF, od katerih so bili po mnenju bolnika ob sprejemu vsi cilji popolnoma ali vsaj zmerno dosegljivi, ob odpustu pa so bili vsi cilji popolnoma nedosegljivi. Člani rehabilitacijskega tima v svojih ciljnih navedli nobenega od teh ciljev (Tabeli 2, 3). Podobno so se tudi v raziskavi Bloom in sod. bolniki in člani rehabilitacijskega tima medsebojno ujemali v manj kot dveh od petih navedenih ciljev (10). V ostalih raziskavah so pogosto ugotovili velik razkorak med cilji, ki so jih postavili terapevti in bolniki s področja dejavnosti in sodelovanja in so v psihosocialni povezavi z življenjem bolnika v domačem okolju. Terapevti dojemajo okrevanje z vidika stanja po možganski kapi, bolnik pa z vidika doseganja stanja pred boleznijo (11). Tovrsten konflikt med željami bolnika in prioriteta zdravstvenega osebja vpliva na bolnikovo sodelovanje pri postavljanju ciljev. Tudi v drugih raziskavah ugotovljajo, da je v klinični praksi težko neposredno prevesti bolnikove želje v napisane cilje. Bolniki svoje nestrinjanje s cilji terapevta pogosto le subtilno izražajo oz. uporabijo nejasne odzive, kot je npr. humor, zato je pomembno, da zdravstveni delavci pravočasno prepoznajo tovrstno vedenje (9). Nekateri cilji imajo pri terapevtih pri kliničnem delu prednost pred drugimi, saj so terapevtu poznani in z njegovega področja dela ali pa predstavljajo glavne naloge pri delu terapevta. Pomembno je poiskati tiste cilje, ki so pomembni tudi za bolnika, saj je to osnovni princip v bolnika usmerjene rehabilitacijske obravnave (12). V raziskavah sicer dokazujejo, da so bolniki po možganski kapi sposobni določiti pomembne cilje za njihovo življenje (9). V literaturi pogosto opisujejo, da na uspešnost doseganja rehabilitacijskih ciljev pomembno vplivajo osebni dejavniki bolnika in bolezenske spremembe, kot sta slabša pozornost in motnje govora. Nekatere osebne značilnosti bolnika, kot so slabša sposobnost soočanja z lastno boleznijo, slabši uvid v bolezensko stanje in nerealna pričakovanja, negativno vplivajo na bolnikovo zadovoljstvo z rehabilitacijsko obravnavo in na slabši izid obravnave (13). Tudi v naši raziskavi je bil bolnik ob odpustu iz rehabilitacijske ustanove razočaran, saj ni osvojil hoje in se ni mogel vrniti v domače okolje.

V naši raziskavi so terapevti najpogosteje navajali terapevtske cilje s področja telesnih funkcij in dejavnosti (razdelek b in d) (Tabela 3). V podobni raziskavi pri bolnikih po možganski kapi so se bolniki osredotočali predvsem na aktivnosti dnevnega življenja in premikanje, fizioterapevti predvsem na telesne funkcije in dejavnosti, delovni terapevti pa na aktivnosti dnevnega življenja, skrb zase, komunikacijo ter dejavnosti in sodelovanje (14). Cilje s področja sodelovanja se običajno redkeje zastavi v procesu rehabilitacijske obravnave, ker jih terapevti vidijo kot dolgoročne,

ki zahtevajo več časa in vloženega dela za doseganje cilja (3). Če terapevt meni, da nekega cilja pri bolniku še ne more varno doseči zaradi bolnikovega trenutnega funkcijskega stanja ali pomanjkanja časa, ki je na voljo, je smiselno razdeliti cilj na manjše naloge. Po podatkih raziskave Leach in sod. so bili bolniki, ki so svoje cilje postavili na osnovi okvare telesnih funkcij, običajno sprejeti z nižjim FIM in so bili dlje časa vključeni v terapevtsko obravnavo kot tisti, ki so cilje postavili na področju dejavnosti in sodelovanja. Hkrati so bili bolniki v prvi skupini tudi bolj zadovoljni s procesom rehabilitacijske obravnave (15).

Cilje, ki so jih postavili bolnik in terapevti smo ocenjevali po 4-stopenjski Likertovi lestvici. V primeru raziskave na večjem vzorcu bolnikov bi bila verjetno bolj smiselna uporaba Lestvice doseganja ciljev (GAS), ki je uveljavljena in standardizirana na področju rehabilitacije in omogoča določanje stopnje, do katere so bolnikovi cilji doseženi v procesu rehabilitacijske obravnave. Pri bolnikih po možganski kapi so lestvico GAS do sedaj uporabili v dveh raziskavah za oceno doseganja rehabilitacijskih ciljev pri terapiji spastičnosti zgornjega uda s toksinom botulina (16, 17). Dodatno bi bilo poleg pomembnosti cilja smiselno določiti tudi časovni okvir, v katerem želimo doseči določeni cilj.

Različni člani rehabilitacijskega tima so se pri izpolnjevanju kategorij MKF jedrnega niza za možgansko kap dobro dopolnjevali, od skupno 147 kategorij so ostale neoznačene le 4 kategorije (od tega 3 kategorije na ravni okoljskih dejavnikov) (Tabela 1). Skupno je pri ocenah označenih kategorij na MKF jedrnem nizu za možgansko kap prišlo do izboljšanja v vsaj eni stopnji ocene pri 20 % kategorij (b164 Višje spoznavne funkcije, b167 Duševne funkcije jezika, b2350 Vestibularne funkcije ravnotežja, b280 Občutek bolečine, b525 Funkcije odvajanja blata, b620 Funkcije odvajanja urina, b710 Funkcije gibljivosti sklepov, b715 Funkcije stabilnosti sklepov, b730 Funkcije mišične moči, b740 Funkcije mišične vzdržljivosti, b750 Funkcije motoričnih refleksov, b770 Funkcije vzorcev hoje, b810 Zaščitne funkcije kože; d210 Opravljanje posameznih opravil, d410 Spreminjanje osnovnega telesnega položaja, d415 Vzdrževanje telesnega položaja, d420 Premeščanje samega sebe, d430 Dvigovanje in prenašanje predmetov, d445 Uporaba rok in lakti, d450 Hoja, d465 Premikanje z uporabo opreme, d510 Umivanje telesa, d520 Skrb za telesne dele, d530 Opravljanje toalete, d540 Oblačenje, d550 Hranjenje; e315 Širša družba, e455 Individualna stališča nezdravstvenih strokovnjakov), pri 6 % pa je prišlo do poslabšanja (b152 Funkcije čustev, b410 Funkcije srca, b415 Funkcije žilja, b429 Funkcije srčno-žilnega sistema, b420 Funkcije krvnega tlaka, b620 Funkcije odvajanja urina in d760 Družinski odnosi). Pri večini kategorij ni bilo sprememb. Do izboljšanja je prišlo v kategorijah, ki zajemajo vse razdelke MKF, tako funkcijske sposobnosti kot dejavnost in sodelovanje. Tudi po oceni na Lestvici funkcijske neodvisnosti (FIM) pri bolniku ni prišlo do pomembne spremembe funkcijskega stanja, saj rezultati ob odpustu niso dosegli najmanjše zaznane spremembe (Tabeli 1, 4). Po podatkih raziskave Kinoshita in sod. izboljšanje na MKF jedrnem nizu za možgansko kap običajno dobro korelira s spremembo v točkah FIM in med rehabilitacijsko obravnavo pokaže spremembe v bolnikovem funkcioniranju (18). Podobno kot v raziskavi Ganesh in sod. je po ocenah na razširjenem MKF

jedrnem nizu za možgansko kap tudi pri nas prišlo do izboljšanja na področjih telesne funkcije in osnovnih aktivnosti dnevnega življenja, ni pa bilo izboljšanja na področju socialne integracije (19). Vključevanje principa MKF v postavljanje rehabilitacijskih ciljev je ključnega pomena, saj omogoča v bolnika usmerjeno rehabilitacijsko obravnavo z vključevanjem psihosocialnih vidikov zmanjšane zmožnosti (20). Do sedaj v literaturi opisujejo samo eno opazovalno lestvico za postavljanje ciljev pri bolnikih po možganski kapi, ki je zasnovana po principu MKF, in sicer t.i. »Lucerne ICF based Multidisciplinary Observation Scale (LIMOS)«. V raziskavi so že dokazali, da omogoča realno načrtovanje ciljev pri bolniku in načrtovanje odpusta. Uporaba tovrstne lestvice bi bila morda lažja za uporabo in časovno manj zahtevna kot uporaba razširjenega MKF jedrnega niza za možgansko kap.

ZAKLJUČEK

Pri rehabilitacijski obravnavi, usmerjeni v bolnika, so prisotni številni cilji, saj vsak od njih odraža individualne potrebe vsakega posameznika. V naši raziskavi ob prikazu primera smo ugotovili dobro povezovanje med ocenjevanjem kategorij na jedrnem nizu MKF za možgansko kap in postavljanjem ciljev pri bolniku in članih rehabilitacijskega tima. V prihodnje bo potrebno narediti raziskave, ki bodo ocenjevale stopnjo bolnikovega sodelovanja pri postavljanju ciljev z vidika terapevtov in primerjale terapevtove cilje s cilji bolnika po možganski kapi z uporabo MKF principov. Razširjeni MKF jedrni niz za možgansko kap je vključen v številna testiranja različnih možnosti uporabe v rehabilitacijskem okolju; ena od možnosti bi bilo tudi vključevanje v postavljanje rehabilitacijskih ciljev.

Literatura

- Hatem SM, Saussez G, Della Faille M, Prist V, Zhang X, Dispa D, et al. Rehabilitation of motor function after stroke: a multiple systematic review focused on techniques to stimulate upper extremity recovery. *Front Hum Neurosci.* 2016; 10: 442.
- Plant SE, Tyson SF, Kirk S, Parsons J. What are the barriers and facilitators to goal-setting during rehabilitation for stroke and other acquired brain injuries? A systematic review and meta-synthesis. *Clin Rehabil.* 2016; 30: 921-30.
- Rice DB, McIntyre A, Mirkowski M, Janzen S, Viana R, Britt E, et al. Patient-centered goal setting in a hospital-based outpatient stroke rehabilitation center. *PM R.* 2017; 9: 856-865.
- Levack WM, Dean SG, Siegert RJ, McPherson KM. Navigating patient-centered goal setting in inpatient stroke rehabilitation: how clinicians control the process to meet perceived professional responsibilities. *Patient Educ Couns.* 2011; 85: 206-13.
- Young CA, Manmathan GP, Ward JC. Perceptions of goal setting in a neurological rehabilitation unit: a qualitative study of patients, carers and staff. *J Rehabil Med.* 2008; 40: 190-4.
- International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2001.
- Han KY, Kim HJ, Bang HJ. Feasibility of applying the extended ICF core set for stroke to clinical settings in rehabilitation: a preliminary study. *Ann Rehabil Med.* 2015; 39: 56-65.
- Paanalahti M1, Lundgren-Nilsson A, Arndt A, Sunnerhagen KS. Applying the comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for stroke framework to stroke survivors living in the community. *J Rehabil Med.* 2013; 45: 331-40.
- Hartigan I. Goal setting in stroke rehabilitation: part 1. *British Journal of Neuroscience Nursing.* 2012; 8: 123-8.
- Bloom LF, Lapierre NM, Wilson KG, Curran D, DeForge DA, Blackmer J. Concordance in goal setting between patients with multiple sclerosis and their rehabilitation team. *Am J Phys Med Rehabil.* 2006; 85: 807-13.
- Lawler J, Dowswell G, Hearn J, Forster A, Young J. Recovering from stroke: a qualitative investigation of the role of goal setting in late stroke recovery. *J Adv Nurs.* 1999; 30: 401-9.
- Parsons JGM, Plant SE, Slark J, Tyson SF. How active are patients in setting goals during rehabilitation after stroke? A qualitative study of clinician perceptions. *Disabil Rehabil.* 2018; 40: 309-16.
- Rosewilliam S, Roskell CA, Pandyan AD. A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. *Clin Rehabil.* 2011; 25: 501-14.
- Wressle E, Oberg B, Henriksson C. The rehabilitation process for the geriatric stroke patient - an exploratory study of goal setting and interventions. *Disabil Rehabil.* 1999; 21: 80-7.
- Leach E, Cornwell P, Fleming J, Haines T. Patient centered goal-setting in a subacute rehabilitation setting. *Disabil Rehabil.* 2010; 32: 159-72.
- Eftekhari P, Mochizuki G, Dutta T, Richardson D, Brooks D. Goal Attainment Scaling in individuals with upper limb spasticity post stroke. *Occup Ther Int.* 2016; 23: 379-89.
- Nott MT, Barden HL, Baguley IJ. Goal attainment following upper-limb botulinum toxin-a injections: are we facilitating achievement of client-centred goals? *J Rehabil Med.* 2014; 46: 864-8.
- Kinoshita S, Abo M, Okamoto T, Kakuda W, Miyamura K, Kimura I. Responsiveness of the functioning and disability parts of the International Classification of Functioning, Disability, and Health core sets in postacute stroke patients. *Int J Rehabil Res.* 2017; 40: 246-53.
- Ganesh S, Mohapatra S, Mohanty P, Pattnaik M, Mishra C. Identification of the components associated with functioning using the international classification of functioning, disability and health comprehensive core set for stroke in Indian stroke survivors. *Top Stroke Rehabil.* 2017; 24: 517-26.
- Wade DT, de Jong BA. Recent advances in rehabilitation. *BMJ.* 2000; 320: 1385-8.
- Ottiger B, Vanbellingen T, Gabriel C, Huberle E, Koenig-Bruhlin M, Pflugshaupt T, et al. Validation of the new Lucerne ICF based Multidisciplinary Observation Scale (LIMOS) for stroke patients. *PLoS One.* 2015; 10(6): e0130925.