

## **IEKĻĀUŠANAS UN IZSLĒGŠANAS KRITĒRIJI REHABILITĀCIJAI PACIENTIEM PĒC INSULTA**

Latvijas iedzīvotāju paredzamais mūža ilgums pēdējos 15 gados ir palielinājies samērā strauji, bet joprojām par aptuveni sešiem gadiem tas atpaliek no Eiropas Savienības (ES) vidējā rādītāja un ir trešais zemākais ES — aiz Lietuvas un Bulgārijas. [1]

Savukārt, paredzamais veselīgais mūžs jeb veselīgie mūža gadi Latvijā ir zemākais rādītājs Eiropas Savienībā. [2]

No akūtās aprūpes kvalitātes viedokļa Latvijā ir augstākie ar infarktu un insultu saistītie mirstības rādītāji starp visām ES dalībvalstīm. [1]

Atbilstoši SPKC datiem cerebrovaskulāras slimības (SSK-10 kods I60-I69) ir 19% no visiem nāves cēloņiem Latvijā 2018.gadā, savukārt 39% no tiem ir insults (SSK-10 kods I60-I64). Salīdzinoši 2008.gadā cerebrovaskulāras slimības (SSK-10 kods I60-I69) ir 15,8% no visiem nāves cēloņiem un insults ir 57% gadījumos no tiem. (SPKC, 2019) [3]

Analizējot datus attiecībā par stacionāros ārstēto pacientu skaitu visās slimnīcās, Latvijā 2018.gadā cerebrovaskulārās slimības ir 3,9% no tām 55,7% ir insulti, savukārt 2008.gadā cerebrovaskulārās slimības ir 3,7% no stacionārā ārstēto pacientu skaita visās slimnīcās un 44,7% no tiem ir insults (SPKC, 2014) [4].

Turklāt, stacionāra gultu fonda izmantošanas rādītāji visās slimnīcās rehabilitācijā pieaugušajiem 2018.gada ir 97,2% un konkrēti: veselības ministrijas pakļautībā esošajos stacionāros tas ir 84,5%, bet pašvaldību slimnīcās 57,1%, bet privātās slimnīcās 106,4% (SPKC, 2019) [3].

Iepriekš minētie fakti uzskatāmi parāda, ka, lai gan cerebrovaskulāras slimības kā nāves cēlonis dinamikā pieaug (SSK-10 kods I60-I69), mirstība diagnožu grupā SSK-10 kods I60-I64 t.i. Insults krasi samazinās, pieaugot konkrētās diagnožu grupas stacionāros ārstēto pacientu skaitam visās slimnīcās, turklāt stacionāra gultas fonds rehabilitācijā pieaugušajiem netiek pilnvērtīgi un sabalansēti izmantots.

Lai nodrošinātu uz pierādījumiem balstītu un pacientu centrētu, multidisciplināru rehabilitācijas pakalpojumu pacientiem pēc insulta akūtajā un subakūtajā rehabilitācijas posmā, kā arī izmaksu efektīvu stacionāru resursu izmantošanu, ir nepieciešams definēt iekļaušanas un izslēgšanas kritērijus.

Insulta rehabilitācija ir progresīvs, dinamisks, uz rezultātu orientēts process, kura mērķis ir iespējot personu ar funkcionēšanas traucējumiem sasniegt maksimāli iespējamo neatkarības līmeni pašaprūpē, mobilitātē, komunikācijā, kā arī personas līdzdalību un iekļaušanos viņai ierastajā vidē [5].

Pēc insulta pacientiem bieži nepieciešama rehabilitācija pastāvīgu funkcionēšanas traucējumu dēļ, kas saistīti ar paaugstinātu muskulatūras tonusu, augšējo un apakšējo ekstremitāšu funkciju traucējumiem, sāpēm locītavās, mobilitātes ierobežojumiem un izmainītu gaitas stereotipu, kā arī disfāgiju, redzes traucējumiem un komunikācijas deficītu [5].

Starptautiskā zinātniskā literatūrā ir definēti vairāki insulta rehabilitācijas aspekti, kas ir nostiprināti klīniskajā praksē un atbilstoši veido rehabilitācijas aprūpes standartu. [6]

Ņemot vērā iepriekš minēto, efektīva insulta rehabilitācija joprojām būs būtiska insulta aprūpes nepārtrauktības sastāvdaļa.

Veselības aprūpe, kas tiek nodrošināta pacientiem ar insultu akūtā periodā, ir vērsta galvenokārt uz pacienta akūtā stāvokļa stabilizāciju un akūta insulta ārstēšanas nodrošināšanu. Pētījumu dati parāda, ka agrīnas rehabilitācijas uzsākšana t.i. tiklīdz pacients ir medicīniski stabils, ir lietderīga un nepieciešama. Ir zināms, ka agrīni uzsākta rehabilitācija pacientiem pēc insulta nodrošina labāku funkcionālo iznākumu ilgtermiņā. Pētījumi liecina, ka ir atrasti pārliecinoši pierādījumi tam, ka rehabilitācijas process jāsāk, tiklīdz pacients ir medicīniski stabils.[7,8;9]

Neatkarīgi no tā, vai rehabilitācija ir vai nav uzsākta akūtā periodā stacionārā uzturēšanās laikā, pirms izrakstīšanas visiem pacientiem jāveic funkcionēšanas spēju un rehabilitācijas nepieciešamības novērtējums.

Atbilstoši starptautiskām vadlīnijām, multidisciplinārā rehabilitācijas komandā jāiekļauj fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti, ergoterapeiti, fizioterapeiti, audiologopēdi, medicīnas māsas, sociālie darbinieki, uztura speciālisti u.c. speciālisti pēc nepieciešamības. Pētījumi pārliecinoši parāda, ka organizēta, multidisciplināra insulta ārstēšana un aprūpe samazina ne tikai mirstību, bet arī ilgstošas nespējas un invaliditātes iespējamību, kā arī veicina atveseļošanos un palielina neatkarību ikdienas aktivitātēs un reintegrāciju sabiedrībā un atgriešanos darba tirgū [10;11;12;13]

## **Insulta rehabilitācijas vispārējie iekļaušanas kritēriji.**

Pacientiem pēc cerebrāla infarkta (mazāk kā gads kopš notikuma) nepieciešama rehabilitācija, ja: [7]

Pacientam ir insulta radīti funkcionēšanas ierobežojumi (mobilitāte, pašaprūpe, komunikācija), kurus nepieciešams un iespējams novērst/mazināt/adaptēt, lai palielinātu personas neatkarības līmeni ikdienas aktivitātēs, izmantojot rehabilitācijas tehnoloģijas. Pacientiem pēc insulta Valsts finansē sekojošus rehabilitācijas pakalpojumus:

- Monoprofesionāla ambulatorā rehabilitācija
  - Nav nepieciešama 24 stundu medicīniska novērošana;
  - Pacienta funkcionēšanas traucējumi ir tikai vienā funkcionēšanas domēnā;
  - Nav būtisku kognitīvo spēju traucējumu aktīvai dalībai rehabilitācijas procesā;
  - Pacients spējīgs patstāvīgi pārvietoties ar vai bez palīgierīces;
  - Viegla vai mērena nespēja: Modificētā Rankina skala 1-3, Bartela indekss 15-19 [16;17;18];
  - Pacients piekrīt saņemt ambulatorus rehabilitācijas pakalpojumu.
  
- Dienas stacionāra rehabilitācija
  - Nav nepieciešama 24 stundu medicīniska novērošana;
  - Pacients spējīgs iesaistīties un motivēts saņemt rehabilitācijas pakalpojumu 2-3 stundas dienā (bāzes pakalpojums) vai 3 – 4 stundas dienā (intensīva rehabilitācija);
  - Pacients spējīgs patstāvīgi pārvietoties ar vai bez palīgierīces;
  - Pacienta funkcionēšanas traucējumi ir vismaz divos funkcionēšanas domēnos;
  - Pacients piekrīt saņemt rehabilitācijas pakalpojumu dienas stacionārā

- Pacients spēj izpildīt vismaz pirmās pakāpes norādījumus, ja nepieciešams, izmantojot komunikācijas palīg līdzekļus;
- Viegla vai mērena nespēja: Modificētā Rankina skala 2-3, Bartela indekss 15-19 [16;17;18];
- Pacients piekrīt saņemt rehabilitācijas pakalpojumu dienas stacionārā.

○ Stacionāra rehabilitācija

- Pacientam ir stabils veselības stāvoklis, bet nepieciešama 24 stundu medicīniskā aprūpe (mazā iegurņa orgānu funkciju traucējumi, augsts izgulējumu risks, vāja mobilitāte gultā, ikdienas aktivitāšu atkarība, nespēja sekot medikamentozai terapijai, malnutrīcijas risks;
- Pacienta funkcionēšanas traucējumi ir vismaz divos funkcionēšanas domēnos;
- Mērena vai smaga nespēja: Modificētā Rankina skala 3 – 4; Bartela indekss 5-14; NIHSS 6–13 [16,17,18];
- Pacients spējīgs iesaistīties un motivēts vismaz 2h vidēji intensīvai terapijai;
- Pacients spēj izpildīt vismaz pirmās pakāpes norādījumus, ja nepieciešams, izmantojot komunikācijas palīg līdzekļus.
- Pacients piekrīt saņemt rehabilitācijas pakalpojumu stacionārā.

○ Mājas rehabilitācija

- Insulta seku dēļ pacients nespēj apmeklēt ambulatoro iestādi;
- Pacients neatbilst vismaz vidēji intensīvas stacionārās rehabilitācijas kritērijiem;

- Pacients piekrīt saņemt rehabilitācijas pakalpojumu mājās;
- Vidēji smaga vai smaga nespēja: Modificētā Rankina skala 4 – 5; Bartela indekss 2-14; NIHSS 6-13 [16;17;18].

### **Rehabilitācijas vispārējie izslēgšanas kritēriji.**

- Pacients ir medicīniski nestabils:
  - Nekoriģētas hroniskas slimības, kas apdraud pacienta dzīvību (biežas hipertensīvas krīzes, ļoti zemi vai ļoti augsti asins glikēmijas rādītāji);
  - Akūti stāvokļi (akūts miokarda infarkts, akūta asiņošana).
- Pacientam ir smagi kognitīvi traucējumi, kas neļauj mācīties un piedalīties rehabilitācijā, pacients neizprot pirmās pakāpes komandas;
- Pacienta uzvedība ir neatbilstoša, pakļaujot riskam sevi vai apkārtējos (piemēram, agresija, akūtas psihiatriskas saslimšanas);
- Pacients nepiekrīt piedalīties rehabilitācijas programmā.

### **Literatūras saraksts**

1. State Of Health In The EU: Valsts Veselības Pārskats 2017 – Latvija
2. <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00150&plugin=1>

3. Latvijas Veselības Aprūpes Statistikas Gadagrāmata, SPKC, 2019
4. Latvijas Veselības Aprūpes Statistikas Gadagrāmata, SPKC, 2014
5. D. Hebert, M. P. Lindsay, A. McIntyre et.al. Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015, *International Journal of Stroke* 2016, Vol. 11(4) 459–484, DOI:10.1177/1747493016643553
6. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, et.al.; “Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association.” *Stroke*. 2016;47:e98–e169. DOI: 10.1161/STR.0000000000000098
7. HJ Adams, R Adams, T Brott et al. Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke: a scientific statement from the stroke council of the American Stroke Association. *Stroke* 2003; 34:1056–83.
8. Miller EL, Murray L, Richards L, Zorowitz RD, Bakas T, Clark P, Billinger SA; Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*. 2010; 41:2402–2448. doi: 10.1161/STR.0b013e3181e7512b
9. The European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack. *Cerebrovasc Disc* 2008; 25:457–507.
10. Stroke Unit Trialists’ Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007:CD000197.
11. Kalra L, Langhorne P. Facilitating recovery: evidence for organized stroke care. *J Rehabil Med*. 2007;39:97–102. doi: 10.2340/16501977-0043.
12. Maulden SA, Gassaway J, Horn SD, Smout RJ, DeJong G. Timing of initiation of rehabilitation after stroke. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005;86(suppl 2):S34–S40. doi: 10.1016/j.apmr.2005.08.119.
13. Prvu Bettger JA, Stineman MG. Effectiveness of multidisciplinary rehabilitation services in postacute care: state-of-the-science: a review. *Arch Phys Med Rehabil*. 2007;88:1526–1534. doi: 10.1016/j.apmr.2007.06.768
14. Henk J. Stam H.M. Buyruk J.L. Melvin, G. Stucki “Acute Medical Rehabilitation (Textbook Volume 1) 2012
15. Wang, H., Camicia, M., Terdiman, J., Mannava, M. K., Sidney, S., & Sandel, M. E. (2013). Daily Treatment Time and Functional Gains of Stroke Patients

During Inpatient Rehabilitation. *PM&R*, 5(2), 122–128.  
doi:10.1016/j.pmrj.2012.08.013

16. Treger I., Ring H., Schwartz R., Tsabari R., Bornstein N.B., Tanne D. 2008. “Hospital Disposition After Stroke in a National Survey of Acute Cerebrovascular Diseases in Israel.” *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 89: 435–40
17. Rundek T., Mast H., Hartmann A., Boden-Albala B., Lennihan L., Lin I.F., et al. 2000. “Predictors of Resource Use After Acute Hospitalization: The Northern Manhattan Stroke Study.” *Neurology* 55: 1180–87
18. Willems D., Salter K., Meyer M., McClure A., Teasell R., Foley N., Determining the Need for In-Patient Rehabilitation Services Post-Stroke: Results from Eight Ontario Hospitals, *Healthc Policy*. 2012 Feb; 7(3): e105–e118.