

MOŻLIWOŚCI REHABILITACJI POU DAROWEJ W POLSCE

Anna Członkowska^{1,2}, Iwona Sarzyńska-Długosz¹

W ramach działalności Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2003-2005 przeprowadzono badania dotyczące dostępności i potrzeb w zakresie wczesnej rehabilitacji poudarowej na oddziałach neurologicznych i rehabilitacyjnych w Polsce.

Na podstawie opracowanych ankiet oceniono wczesną rehabilitację poudarową na oddziałach neurologii i rehabilitacji. Podstawą kompleksowej rehabilitacji po udarze są: kinezyterapia indywidualna (60min/dzień), terapia mowy (30 min/5x/ tydzień), rehabilitacja innych zaburzeń funkcji poznawczych (30 min/5x/tydzień) oraz kinezyterapia grupowa (na oddziałach rehabilitacji). Wyodrębniono oddziały neurologii i rehabilitacji prowadzące kompleksową rehabilitację poudarową. Oszacowano liczbę pacjentów wymagających rehabilitacji stacjonarnej w Polsce w ciągu roku oraz liczbę łóżek (istniejących i brakujących) dla pacjentów po udarze mózgu na oddziałach rehabilitacyjnych.

26 oddziałów neurologii (14%) oraz 11 oddziałów rehabilitacji (10%) prowadzi kompleksową rehabilitację poudarową. W Polsce potrzebne są ogółem 763 łóżka na oddziałach rehabilitacji przeznaczone dla pacjentów po udarze mózgu (obecnie - 159, brakuje - 604). Niewielki odsetek oddziałów neurologii i rehabilitacji w Polsce zapewnia dostęp do kompleksowej rehabilitacji poudarowej. Obecnie istnieje 20,8% z potrzebnych łóżek na oddziałach rehabilitacji przeznaczonych dla pacjentów po udarze. Zwiększenie liczby łóżek rehabilitacyjnych dla

¹ - II Klinika Neurologii, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

² - Katedra i Zakład Farmakologii Klinicznej i Doświadczalnej, Uniwersytet Medyczny w Warszawie

pacjentów po udarze może przyczynić się do zmniejszenia odsetka osób niepełnosprawnych wśród pacjentów po udarze.

Słowa kluczowe: *udar, kompleksowa rehabilitacja poudarowa, potrzeby*

Udar mózgu stanowi główną przyczynę niepełnosprawności w populacji osób dorosłych (1). Wśród pacjentów, którzy przeżyli udar w 6 miesięcy od jego wystąpienia: 48% ma niedowład połowiczny, 22% nie jest w stanie samodzielnie chodzić, 24-53% potrzebuje pomocy w czynnościach dnia codziennego, 12-18% ma afazję (2,3). Aby osiągnąć poprawę jakości życia osób po udarze dąży się do poprawy diagnostyki i leczenia chorych z udarem oraz właściwej, wczesnej kompleksowej rehabilitacji tych chorych (4-6).

Kompleksowa rehabilitacja wymaga stworzenia interdyscyplinarnego zespołu rehabilitacyjnego, w którego składzie będzie: lekarz neurolog, specjalista rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuta, logopeda, neuropsycholog, terapeuta zajęciowy, pracownik socjalny i pielęgniarki (ze znajomością tematyki rehabilitacji). Zespół musi mieć możliwość współpracy z konsultantami z innych dziedzin (np. ortopedą, psychiatrą, urologiem, kardiologiem, internistą) (7).

Zapewnienie skutecznej rehabilitacji poudarowej wymaga rozwoju całego systemu obejmującego intensywną opiekę, rehabilitację na oddziałach neurologii zaczynaną jak najwcześniej po udarze, kompleksową rehabilitację na oddziałach rehabilitacji, a także usprawnianie w warunkach ambulatoryjnych oraz zabezpieczenie opieki domowej (8).

W ramach działalności Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2003-2005 (POLKARD 2003-2005) przeprowadzono badania dotyczące dostępności wczesnej rehabilitacji poudarowej na oddziałach neurologicznych i rehabilitacyjnych w Polsce (9) oraz oceniono na tej podstawie jakie są potrzeby w zakresie usprawniania pacjentów po przebytych udarze (10).

Opracowano 2 kwestionariusze pytań oceniające strukturę i wyposażenie oddziałów neurologicznych i rehabilitacyjnych oraz rodzaj, częstotliwość i czas trwania zajęć prowadzonych na tych oddziałach. Ankiety rozesłano do wszystkich oddziałów neurologicznych oraz oddziałów rehabilitacyjnych przyjmujących pacjentów po przebytych udarze mózgu celem wczesnej rehabilitacji poudarowej na terenie całego kraju w 2004 roku. Sprawdzono i zweryfikowano telefonicznie wszystkie nadesłane ankiety. Po przeprowadzeniu analizy danych wyodrębniono oddziały prowadzące rutynowo kompleksową rehabilitację.

Kompleksową rehabilitację na oddziale neurologii zdefiniowano w oparciu o wytyczne opracowane przez zespół ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu (11) - jako zajęcia obejmujące:

- a) kinezyterapię – minimum 60 min/ dobę
- b) rehabilitację zaburzeń mowy – minimum 30 min, 5 razy w tygodniu
- c) rehabilitację zaburzeń innych funkcji behawioralno-poznawczych (tj. uwagi, spostrzegania, pamięci, myślenia, zdolności przestrzennych i konstrukcyjnych, funkcji wykonawczych - organizowania i kontroli każdej złożonej aktywności poznawczo-emocjonalnej) – minimum 30 min, 5 razy w tygodniu.

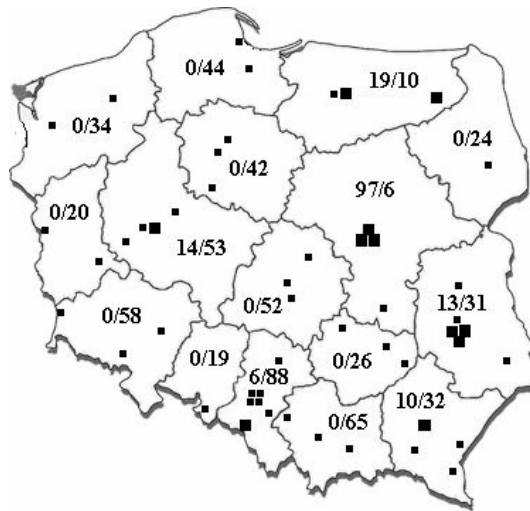
Kompleksowa rehabilitacja na oddziale rehabilitacji obejmuje wszystkie działania prowadzone na oddziale neurologii oraz dodatkowo kinezyterapię grupową.

Otrzymano wypełnione ankiety od ordynatorów 191 z 215 oddziałów neurologicznych (88,8%). Na 26 oddziałach neurologii (14%) prowadzona jest rutynowo kompleksowa rehabilitacja poudarowa (ryc.1).

Uzyskano wypełnione ankiety od ordynatorów 115 (66,9%) ze 172 oddziałów rehabilitacyjnych, które przyjmują pacjentów po przebytych udarze mózgu celem wczesnej rehabilitacji poudarowej. Jedynie 11 z nich (10%) deklarowało rutynowe prowadzenie kompleksowej rehabilitacji poudarowej (ryc.2) (9).



Ryc.1. Rozmieszczenie oddziałów neurologicznych prowadzących kompleksową rehabilitację poudarową na terenie Polski w 2004 roku



Legenda:

- – proponowane nowe oddziały tworzące sieć oddziałów wczesnej rehabilitacji poudarowej
- – istniejące oddziały prowadzące wczesną kompleksową rehabilitację poudarową
- n/n – liczba łóżek istniejąca/ liczba brakujących łóżek

Ryc. 2. Mapa potrzeb w dziedzinie rehabilitacji poudarowej

Obliczono liczbę łóżek przeznaczonych dla wczesnej rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu na oddziałach rehabilitacji prowadzących kompleksową rehabilitację - z ogólnej liczby 485 łóżek na tych oddziałach 159 przeznaczonych jest dla pacjentów we wczesnym okresie po udarze mózgu (do 12 tygodni od udaru).

W celu określenia ogólnej liczby pacjentów z udarem mózgu wypisywanych z oddziałów neurologii, którzy wymagają dalszego usprawniania w ramach oddziałów rehabilitacji (na terenie całej Polski) posłużono się przykładem II Kliniki Neurologii Instytutu Psychiatrii i Neurologii (IPiN) w Warszawie, gdzie kwalifikuje się pacjentów do dalszej rehabilitacji stacjonarnej według wewnętrznych procedur zbliżonych do opublikowanych w 2005 roku wytycznych Rady Udarowej Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego (*The Stroke Council of the American Heart Association*) (12). II Klinika Neurologii IPiN posiada w swojej strukturze Oddział Rehabilitacji Neurologicznej - więc wszyscy pacjenci, którzy zostają zakwalifikowani do dalszego usprawniania w ramach oddziału rehabilitacyjnego na taki oddział trafiają (nie ma ograniczeń formalnych – kolejka).

W ciągu 5 lat (1.07.2000r. - 30.06.2005r.) z 1544 pacjentów z ostrym udarem mózgu wypisano z II Kliniki Neurologii IPiN 1243 pacjentów: 852 osoby (68,5%) zostały wypisane do domu, 96 osób (7,7%) – do domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych i innych oddziałów opieki długoterminowej, 236 osób (19%) - na oddział rehabilitacji neurologicznej oraz 59 osób (4,8%) na inne oddziały szpitalne (np. neurochirurgii, kardiologii, chorób wewnętrznych) (10).

Oszacowano prawdopodobną liczbę osób z udarem w poszczególnych województwach w ciągu roku przy pomocy znanej liczby mieszkańców (13) i znanego współczynnika zapadalności (1/170 000 mieszkańców) (14). Opierając się na wskaźnikach z II Kliniki Neurologii obliczono liczbę chorych, którzy powinni trafić na oddziały rehabilitacji ukierunkowane na wczesną rehabilitację poudarową na

terenie całej Polski. W dalszej kolejności obliczono liczbę koniecznych łóżek przeznaczonych dla wczesnej rehabilitacji poudarowej na oddziałach rehabilitacji oraz określono potrzeby w dziedzinie wczesnej kompleksowej rehabilitacji poudarowej w Polsce.

Z oszacowanej liczby 64 896 osób, u których wystąpi udar mózgu (w ciągu 1 roku na terenie całej Polski) 9 927 chorych będzie wymagało wczesnej rehabilitacji poudarowej w trybie stacjonarnym. Minimalna liczba łóżek na oddziałach rehabilitacji przeznaczonych dla tych chorych to 763 łóżka. Obecnie brakuje 604 łóżek na oddziałach rehabilitacji przeznaczonych dla wczesnej rehabilitacji poudarowej aby zapewnić wszystkim pacjenci możliwość dostępu do rehabilitacji stacjonarnej (10).

W oparciu o istniejące oddziały rehabilitacji zajmujące się wczesną rehabilitację poudarową opracowano mapę potrzeb w dziedzinie rehabilitacji chorych z udarem mózgu po wypisaniu z oddziałów udarowych i neurologicznych w Polsce (ryc. 2). Ośrodki wybrane do sieci oddziałów rehabilitacji prowadzących kompleksową rehabilitację poudarową to takie oddziały, które przy najmniejszych nakładach finansowych będą mogły zapewnić kompleksową rehabilitację poudarową (zgodnie z opublikowaną wcześniej klasyfikacją - oddziały klasy B i C) (9).

Wytyczne Europejskiej Inicjatywy Udarowej (European Stroke Initiative – EUSI) nakazują aby u każdego pacjenta z udarem należy rozważyć możliwość leczenia rehabilitacyjnego i rozpocząć je jak najwcześniej po udarze, a intensywność oraz czas trwania zajęć rehabilitacyjnych powinny być dobierane do indywidualnych potrzeb i możliwości każdego pacjenta (15). Rehabilitacja stanowi długotrwały proces rozpoczynający się możliwie jak najwcześniej i trwający również po wypisie z ostrego oddziału neurologicznego. Po wypisie dalsza rehabilitacja może być prowadzona w szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacji szpitali ogólnych, w zakładach opiekuńczo-leczniczych, w domu pacjenta jak również w przychodniach rehabilitacyjnych (12).

Langhorne i Duncan na podstawie przeglądu systematyczny badań potwierdzili, że zorganizowana wielodyscyplinarna rehabilitacja szpitalna jest powiązana z redukcją ryzyka śmierci, śmierci lub pobytu w zakładach opiekuńczych oraz redukcją ryzyka śmierci i zależności. Na każdych 100 chorych, którym zapewni się wielo-dyscyplinarną rehabilitację szpitalną dodatkowych 5 pacjentów powróci do domu jako osoby niezależne (16).

Wyliczone 763 łóżka na oddziałach rehabilitacyjnych przeznaczone dla wczesnej rehabilitacji pacjentów po udarze to wyłącznie niezbędne minimum, jakie należy zapewnić w najbliższym czasie. Opracowana mapa potrzeb została oparta na istniejących oddziałach rehabilitacji zajmujących się wczesnym usprawnianiem pacjentów po udarze mózgu. Należy pamiętać, że oddziały neurologii nie posiadające w swojej strukturze pododdziałów udarowych, ale zatrudniające wykwalifikowany zespół terapeutyczny powinny mieć możliwość dalszego rozwoju w celu ukierunkowania na wczesną rehabilitację poudarową.

Pomimo systematycznie poprawiających się możliwości opieki nad pacjentami z udarem mózgu w wielu z utworzonych pododdziałów udarowych jest niezbędne wyposażenie do prowadzenia intensywnej opieki, lecz istnieją braki w kadrze zespołu rehabilitacyjnego (zwłaszcza w zakresie zatrudnianych wysoce wykwalifikowanych fizjoterapeutów, logopedów i neuropsychologów). Podobny problem dotyczący personelu widoczny jest na oddziałach rehabilitacyjnych. Dlatego też, konieczne jest uzupełnienie brakującej kadry medycznej w celu poprawy jakości i wydłużenia czasu prowadzonych zajęć rehabilitacyjnych.

W dalszej kolejności w Polsce niezbędny będzie rozwój sieci oddziałów rehabilitacji oferujących rehabilitację poudarową w późniejszym okresie od udaru, jak również tworzenie oddziałów rehabilitacji dziennej i przychodni rehabilitacyjnych.

Podsumowując należy podkreślić, że tylko 14% oddziałów neurologicznych oraz 10% oddziałów rehabilitacyjnych zapewnia wczesną kompleksową rehabilitację poudarową. W najbliższych latach

istotne jest położenie nacisku na dążenia do uzupełnienia kadry zespołów rehabilitacyjnych oddziałów neurologicznych i oddziałów rehabilitacyjnych (zwłaszcza fizjoterapeutów, logopedów i neuropsychologów) w celu zwiększenia dostępności do kompleksowej rehabilitacji poudarowej. Aktualnie istnieje tylko 20,8% z minimalnej szacowanej liczby łóżek na oddziałach rehabilitacji przeznaczonych dla pacjentów we wczesnym okresie po udarze. Zwiększenie liczby takich łóżek na oddziałach rehabilitacji jest jednym z czynników umożliwiających zmniejszenie liczby osób niepełnosprawnych wśród pacjentów po przebytym udarze w Polsce.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. 2000. The world health report. Geneva, WHO.
2. Foulkes M.A., Wolf P.A., Price T.R. et al. 1988. The Stroke Data Bank: design, methods, and baseline characteristics. *Stroke*; 19: 547-54.
3. Sacco R.L., Benjamin E.J., Broderick J.P. et al. 1997. Risk Factors Panel - American Heart Association Prevention Conference IV. *Stroke*; 28: 1507-17.
4. Jørgensen H.S., Nakayama H., Raaschou H.O. et al. 1995. The effect of a stroke unit: reductions in mortality, discharge rate to nursing home, length of hospital stay, and cost. *Stroke*; 26: 1178-82.
5. Indredavik B., Slørdahl S.A., Bakke F. et al. 1997. Stroke unit treatment: long-term effects. *Stroke*; 28: 1861-6.
6. Jørgensen H.S., Kammersgaard L.P., Nakayama H. et al. 1999. Treatment and rehabilitation on a stroke unit improves 5-year survival. A community-based study. *Stroke*; 30: 930-3.
7. Adams H., Brott T., Crowell R. et al. 1994. Guidelines for the management of patients with acute ischemic stroke. A statement for

- healthcare professionals from a special writing group of the Stroke Council, American Heart Association. *Stroke*; 25: 1901-4.
8. Helgason C.M., Wolf P.A. 1997. American Heart Association Prevention Conference IV: Prevention and Rehabilitation of Stroke. Executive Summary. *Circulation*; 96: 701-7.
 9. Członkowska A., Sarzyńska-Długosz I., Krawczyk M. 2006. Ocena dostępności wczesnej kompleksowej rehabilitacji poudarowej w Polsce. *Neurol Neurochir Pol.*; 40: 10-15.
 10. Członkowska A., Sarzyńska-Długosz I., Kwolek A., Krawczyk M. 2006. Ocena potrzeb w dziedzinie rehabilitacji chorych z udarem mózgu po wypisaniu z oddziałów udarowych i neurologicznych w Polsce. *Neurol Neurochir Pol.*; nieopublikowana.
 11. Zespół Ekspertów NPPiLUM. 1999. Raport Zespołu Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu. Postępowanie w ostrym udarze niedokrwiennym mózgu. *Neurol Neurochir Pol.*; suppl.4: 30-8.
 12. Duncan P.W., Zorowitz R., Bates B. et al. 2005. Management of adult stroke rehabilitation care. A clinical practice guideline. *Stroke*; 36: e100-e143.
 13. GUS. 2006. Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2005r. http://www.stat.gov.pl/dane_spol-gosp/ludnosc/powierz_teryt/2005/tablice.xls; 3 ss. ekranowe.
 14. Ryglewicz D. 1994. Epidemiologia udarów mózgu w prospektywnych badaniach populacyjnych, Warszawa, 1991-1992. *Neurol Neurochir Pol.*; 28 (suppl 1): 35-49.
 15. The EUSI Executive Committee and the EUSI Writing Committee. 2003. European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management - Update 2003. *Cerebrovasc Dis.*; 16: 311-337.
 16. Langhorne P., Duncan P. 2001. Does the organization of postacute stroke care really matter? *Stroke*; 32: 268-74.

PROSPECTS OF POSTSTROKE REHABILITATION IN POLAND

A. Członkowska, I. Sarzyńska-Długosz

Summary

In years 2003-2005 within works of the National Cardiovascular Diseases Prevention and Treatment Program 2003-2005 were conducted studies to evaluate accessibility and needs of comprehensive early stroke rehabilitation on neurological and rehabilitation departments in Poland.

We have sent a questionnaire evaluating early stroke rehabilitation conducted on neurological and rehabilitation departments in Poland. Comprehensive rehabilitation was defined as: kinesitherapy minimum 60 minutes/day, speech therapy minimum 30 minutes 5 days a week, rehabilitation of other cognitive impairments and group kinesitherapy (on rehabilitation departments). We separated neurological and rehabilitation departments where comprehensive post-stroke rehabilitation is conducted. We estimated number of acute stroke patients in Poland requiring in-patient rehabilitation and number of beds (existing and wanting) required on rehabilitation departments for stroke patient in Poland.

Comprehensive post-stroke rehabilitation is conducted on 26 neurological departments (14%) and 11 rehabilitation departments (10%). In Poland we need 763 beds for post-stroke patients on rehabilitation departments (actually we have - 159 beds, we still need – 604).

Small percentage of neurological and rehabilitation departments could provide comprehensive stroke rehabilitation in Poland. Actually there is 20,8% from needed beds on rehabilitation departments for stroke patients. Increase of rehabilitation beds for stroke patients could result in lowering number of disabled post-stroke patients.