

## ЗДРАВНИ ГРИЖИ ЗА ПАЦИЕНТИТЕ С МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ – ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВО ЗА РЕХАБИЛИТАЦИЯТА В ДОМАШНИ УСЛОВИЯ

Николай Недев, Гергана Ненова, Параскева Манчева

УНС „Рехабилитатор“, Медицински колеж на МУ-Варна

## HEALTH CARE FOR PATIENTS WITH STROKE - A CHALLENGE FOR REHABILITATION AT HOME ENVIRONMENT

Nikolay Nedev, Gergana Nenova, Paraskeva Mancheva

ESS “Rehabilitation” Medical College, MU – Varna

### РЕЗЮМЕ

Процесът на рехабилитиране при пациенти-те, преживели мозъчен инсулт е сложен и продължителен и е нужно да започва непосредствено след началото на инцидента. Необходимо е процедурите да се провеждат системно и продължително във времето, за да се постигнат търсените резултати. Нещо повече - рехабилитацията на инсултно болните пациенти изисква съставяне на специфична и строго индивидуална програма за всеки един от тях и коопериране на екипните усилия на всички медицински и немедицински специалисти. От друга страна, ранното започване на рехабилитацията и нейната непрекъснатост и системност в клинични, амбулаторни и домашни условия е от особено важно значение за намаляване на инвалидността, която неизбежно съпътства пациентите, при които не е проведена рехабилитация с необходимата продължителност. Условиата, предлагани от НЗОК, обаче, са насочени предимно към възстановяване на пациентите в болнична среда.

Необходимостта от покриване на съществуващия дефицит от рехабилитационни здравни грижи разкрива неоползотворените възможности за създаване на център за рехабилитационни грижи, предоставяни в дома на болния. Разкриването на ограниченията, които поставя здравната система пред пациентите, преживели мозъчен инсулт и създаването на механизми, които да ги преодолеят, гарантира успешна здравна и социална политики. Очакваните ползи от развитието и разширяването на такъв тип персонални здравни грижи, насочени към възстановяване на двигателната активност на тази уязвима група от населението се свързват с подо-

### ABSTRACT

The process of rehabilitation in patients who have experienced stroke is complex and lengthy and needs to begin immediately after the incident. The procedures are to be carried out systematically and continuously over time to achieve the desired results. Moreover, the rehabilitation of stroke patients typically requires compiling specific and highly individualized program for each of teamwork and cooperation efforts of all medical and non-medical professionals. On the other hand, early initiation of rehabilitation and its duration and consistency of clinical, ambulatory and home conditions is particularly important to reduce disability that inevitably accompanies patients whose rehabilitation is not conducted with the required duration. The conditions offered by the NHIF, however are primarily focused on the recovery of patients in a hospital environment.

The need to cover the existing deficit of rehabilitative care reveals untapped opportunities to create a center for rehabilitation care provided at home. The disclosure of the limitations that puts the health system for patients who have experienced stroke and the creation of mechanisms to overcome them ensures good health and social policies. The expected benefits of development and expansion of this type of personalized health care aimed at recovery of locomotor activity of this vulnerable population group are associated with improved quality of life and early social inclusion.

**Keywords:** rehabilitation, health care, stroke

*бръване на качеството на живот и ранно социално включване.*

**Ключови думи:** *рехабилитация, здравни грижи, мозъчен инсулт*

## ВЪВЕДЕНИЕ

Всеобщо е мнението за сериозността и необходимостта от адекватни мерки в борбата с мозъчно-съдовите заболявания [13]. Инсултът се нарежда в челните места сред социално-значимите заболявания по показателите заболеваемост и смъртност. Нарастващото търсене на здравни услуги и застаряването на населението налага търсене на ефективни, ефикасни и приемливи методи за решаване на проблемите на пациенти с инсулт [8, 9]. В повечето развити страни се наблюдава силно потребление на услуги, предоставени от болници за активно лечение и рехабилитация на пациенти с инсулт, докато насърчаването на услуги, предоставени в дома за тази цел, е ограничено. Силен аргумент в полза на приемане в болница в началната фаза на инсулта е потенциалната полза за повечето пациенти да получат бърз и навременен достъп, който да гарантира в максимална степен точна диагноза, незабавни медицински грижи и мултидисциплинарна рехабилитация [4, 15]. През последните десетилетия особено подчертана е ролята на продължителната рехабилитация, като единствен инструмент в борбата с последиците. Това мотивира редица изследователи да търсят възможни оптимални варианти за организиране и реализиране на необходимата рехабилитация, която да отговаря на потребностите на всеки пациент [5, 14].

## СЪЩНОСТ

Несъмнено болничното лечение при мозъчния инсулт има предимства и недостатъци. Болничната помощ и рехабилитацията могат да покрият важни клинични, физически и психо-социални нужди по време на острия период, но това не важи за периода след дехоспитализацията, тъй като той се характеризира с голяма продължителност. Този период, който обхваща домашната среда, често се пренебрегва от здравните специалисти. За пациента и неговото семейство достатъчната продължителност на рехабилитационните грижи, проследяването на психо-социалните аспекти на заболяването, както и

на ефекта от такива грижи е от съществено значение [3, 6, 16].

В международните стандарти и добрите практики за менажиране на такива пациенти в острата фаза на заболяването и след нея е залегнала важността от подобряване на услугите в това отношение, но въпреки това в тях не откриваме по-детайлни насоки за провеждане и обезпечаване на домашната рехабилитация [7, 11, 12]. Насоките на Шотландската международна колегия (The Scottish Intercollegiate Guidelines Network) за менажиране на инсулта препоръчват достъпна надомна рехабилитация, но не детайлизират кои биха били оптималните условия за получаването и. [10]. В този смисъл от особено значение е разглеждане на съществуващите доказателства за достъпна рехабилитация в светлината на това, дали тя се предоставя в домашни условия и имали за целта изградени модели. Тази изследователска посока би дала възможност да се определи, дали пациентите са получили подходяща рехабилитация за техните специфични нужди, като това би спомогнало да се осигури по-добро възстановяване, намаляване на уврежданията и респективно повишаване на КЖ.

Възможностите за провеждане на рехабилитация съгласно здравното законодателство на Р България към 2016 г. са изключително редуцирани в сравнение с 2003 г. [1, 2]. Сравнителният преглед на нормативно уредените възможности за рехабилитация при пациенти, преживели мозъчен инсулт 14 години назад е представен на таблица 1:

Предвид гореизложеното, препоръчваният от „НРД-2016” – 7-дневен болничен престой, който в рамките само на първите две години след инцидента може да се удължи с още 7 дни на година и то не във всички случаи, понастоящем се оказва крайно недостатъчен и е в противоречие с постиженията на световната практика и научното познание за постигане добро качество на живот при пациентите, преживели мозъчен инсулт. При сравнението на физиотерапевтичните клинични пътеки отнасящи се до рехабилитация след мозъчен инсулт за последните две години, остава виден толеранса в положителна

Таблица 1. Сравнителен преглед на продължителността на болничния престой по клинична пътека за рехабилитация на мозъчен инсулт

Година	Болничен престой за рехабилитация на мозъчен инсулт по клинична пътека
2003-2006	28 дни препоръчителен престой/20 дни минимален престой
2007-2009	10 дни минимален престой
2010-2015	7 дни минимален престой
2016	7 дни минимален престой

насока относно факта, че докато за 2015 година беше възможно повторна хоспитализация само след първата година след инцидента, то за 2016 година това важи, но за първите две години от инцидента.

Друга форма на „достъпна“ рехабилитация е доболничният достъп, който е с продължителност 10 дни, с полагащи се нови 10 дни, с интервал не по-малък от 45 дни между двата терапевтични периода и при наличен брой направления.

Значителна част от пациентите след мозъчен инсулт не са в добро двигателно и когнитивно състояние, което ги прави зависими и не им позволява да се придвижват самостоятелно. В този смисъл подобен „модел“ на ползване на рехабилитационни услуги води до сериозен негативен резултат - ограничаване достъпа на пациентите и значително снижаване на качеството на техния живот, поради незавършена и непълна рехабилитация. Неоползотворена възможност в това направление представлява и предоставянето на рехабилитационна услуга в дома, което понастоящем лежи в нормативите като препоръка, за чието осъществяване липсват модели за изпълнение. Възможността за разширяване на здравната услуга на общопрактикуващите лекари чрез сключване да трудови/граждански договори с други здравни специалисти, на практика се оказва неефективна, поради неяснота във финансовите потоци. Всичко това разкрива в голяма степен съществуващия дефицит от продължителни рехабилитационни здравни грижи.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несъмнено престоят по клинична пътека за рехабилитация на мозъчен инсулт предлага най-широки възможности. Останалите общодостъпни форми, предлагащи по-голям или по-малък пакет от подходящи услуги, обвързани с двете основни форми, които НЗОК предлага, са с множество условности, възпрепятстващи идеята за реализация на продължителната и непрекъсната рехабилитация. Ключов мо-

мент в ефективната рехабилитация е липсата на достъпност в домашна среда. Докато този тип на достъпност остава само с препоръчителен характер считаме, че качеството на проведеното лечение, не би било така ефективно, както се очаква. В този смисъл създаването на център за рехабилитационни грижи със смесено финансиране, в който да участват медицински и немедицински специалисти, с възможност за предоставяне на продължителни услуги в домашни условия, от една страна би покрил съществуващия дефицит от рехабилитационни здравни грижи, а от друга би се оформил като подобаващ медико-социален „мост“.

### КНИГОПИС

1. Национален рамков договор, 2003. Приложение №9, КП №80.
2. Национален рамков договор, 2016. Приложение № 16, КП № 262.
3. Anderson, C. S., J., Linto, E., Stewart-Wynne. A population-based assessment of the impact and burden of caring for long-term survivors of stroke. *Stroke*, 1995, 26:843– 849.
4. Anderson, C. S., K. D., Jamrozik, E. G., Stewart-Wynne. Patterns of acute hospital care, rehabilitation, and discharge disposition after acute stroke: the Perth Community Stroke Study 1989–1990. *Cerebrovasc Dis.*, 1994, 4:344-353.,
5. Bonita, R., S., Mendis, T., Truelsen, J., Bogousslavsky, J., Toole, F., Yatsu. The global stroke initiative. *Lancet Neurol*, 2004, 3:391-393.
6. Forster, A., J., Young. Stroke rehabilitation: can we do better?. 1992, 305(6867):1446–1447., Scholte op Reimer, W. J. M., R. J. de Haan, P. T., Rijnders, M., Limburg, G. A. M., van den Bos. The burden of caregiving in partners of long-term stroke survivors. *Stroke*. 1998, 29:1605-1611.

7. Intercollegiate Stroke Working Party, National clinical guideline for stroke, 3rd edition. London: Royal College of Physicians, 2008. Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG68>.
8. Murray, C. J. L., A. D., Lopez. Alternative projections of mortality and disability by cause, 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997, 349(24):1498-1504.
9. Murray, C. J. L., A. D., Lopez. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997, 349(17)1436-1442.
10. National Stroke Foundation. Clinical Guidelines for Stroke Management, 2010, 33-51.
11. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke. Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning.
12. The Management of Stroke Rehabilitation Working Group on behalf of the Department of Veterans Affairs, Department of Defense, and The American Heart Association/ American Stroke Association, VA/ DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Stroke Rehabilitation, [www.healthquality.va.gov](http://www.healthquality.va.gov).
13. Warlow, C. P., J., van Gijn, M. S., Dennis et al. *Stroke: practical management*, 3rd edn. Oxford: Blackwell Publishing, 2008, 300(19):2311-2312.
14. WHO. The World Health Report 2003: shaping the future. October, 2003, [www.who.int](http://www.who.int).
15. Wolfe C. D. A., N. A., Taub, J., Woodrow, E., Richardson, F. G., Warburton, P. G. J., Burney. Patterns of acute stroke care in three districts of southern England. *Journal Epidemiology Community Health*, 1993, 47:144-148.
16. Young, J. Is stroke better managed in the community? *The BMJ*, 1994, 309:1356-1358.

**Адрес за кореспонденция:**  
Николай Недев  
Медицински колеж – Варна  
гр. Варна  
бул. „Цар Освободител“ №84  
Тел: 052/ 677 261  
e-mail: [nikolay.nedev@mu-varna.bg](mailto:nikolay.nedev@mu-varna.bg)