
KONCEPTI DUGOROČNOG ODRŽAVANJA OSOBA S OZLJEDOM KRALJEŽNIČNE MOŽDINE

Saša Moslavac

Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof, OB Varaždin

Koncept brige „od ozljede do groba” osoba s ozljedom kralježnične moždine (OKM) ima tri sastavnice: akutno/postakutno, rehabilitacijsko zbrinjavanje, i dugoročno održavanje. Deficitom u bilo kojem segmentu upitni su preživljavanje i kvaliteta života pacijenta. Rehabilitacija je ključna strategija SZO-a (1,2), a prema modelu ICF-a, fokus nije samo na oštećenju struktura i funkcija, već i umanjenju limitacija aktivnosti i restrikcija participacije, djelujući i na okolišne i osobne faktore (3). Onesposobljenost osoba s OKM-om proizlazi iz interakcije s osobinama pacijenta i društva u kojem živi; stoga će nesposobnost društva da osigura korektnu dugoročnu skrb utjecati na participacijske ishode pacijenta. Funkcija je početak kliničke procjene, ali i procjene kvalitete naših intervencija, u što uključujemo i one koje pružamo u dugoročnoj skrbi. No, intervencije su uspješne samo kada su usmjerene na interakciju zdravstvenog stanja, osobe i okolišnih čimbenika, i stoga je potrebno veliko znanje i iskustvo nosioca tih intervencija. Drugim riječima, evaluaciju stanja osoba s OKM-om jednu, deset ili više godina nakon ozljede može vršiti iskusni liječnik s timom vrsnih suradnika, koji će sve sastavnice uzeti u obzir. Pritom su izazovi sve veći i uključuju: povećanje troškova njege i zbrinjavanja, povećano očekivanje dobrog zdravlja, potrebu za kreiranjem kompleksnih strategija intervencija koje će obuhvatiti raznoliko iskustvo i pojavnost onesposobljenosti, kao i evaluaciju ishoda tih intervencija, u osiguranju kvalitete i opravdanja troškova. Preporuke iz dokumenta „International Perspectives on SCI” (4) za dugoročno praćenje postoje, ali modeli osiguranja skrbi osoba s OKM-om nisu dovoljno dokumentirani. U studiji „Access to timely care for traumatic spinal cord injury”, obuhvatom 54 ustanova sa 6 kontinenata, zaključeno je da 93% rehabilitacijskih ustanova naknadno prate pacijenta, iako samo 44% na duže od 10 godina (5). Proces otpusta s rehabilitacije treba biti planiran, s preporukama svim dionicima nastavne skrbi u zajednici, s naglaskom na medicinske, no još važnije funkcijske, socijalne i vokacijske ciljeve (povratak kući, povratak u školu, povratak na posao, ponovna uspostava obiteljskih i prijateljskih odnosa, povratak hobijima i aktivnostima). Naglasak je na umanjenju morbiditeta, redukciji broja naknadnih hospitalizacija i smanjenju troškova, smanjenju smrtnosti, maksimiziranju zdravlja, kvalitete

života i produktivnosti osobe. Praćenje ovih osoba nužno je radi održavanja postignutog, prevencije i rane dijagnostike očekivanih komplikacija, ranog liječenja komplikacija prije no što nastupi stanje bolesti i kroniciteta te prevenciji komplikacija zbog nepovoljne psiho-socijalne okoline ili nedostataka korištene opreme. Preventivni pregledi u smislu „održavanja“ trebali bi se odvijati u spinalnom odjelu gdje je fokusirano znanje, iskustvo i poznavanje pacijenta, jer klinička slika i principi liječenja sličnih stanja u neurološki intaktnih i paraliziranih pacijenata mogu se razlikovati; stoga su pacijenti s OKM-om prezahtjevni za fragmentiranu kliničku skrb bez poznavanja cjeline problema pacijenta. Pritom, spinalni odjel omogućuje „peer support“ između pacijenata i između obitelji pacijenata. Idealno, prvi kontrolni pregled trebalo bi obaviti mjesec dana po otpustu, potom 6 mjeseci po otpustu, te svakogodišnje prvih 3-5 godina, dok se ne uvjerimo u dobro zdravlje i participaciju u zajednici: radi provjere kako se provodi plan otpusta, radi provjere zdravstvenog stanja, i uvida u povezanost s lokalnim sustavima podrške u zajednici. Potom, svake dvije godine ili duže, ovisno o pacijentu i lokalnoj podršci i komplikacijama, a starenjem pacijenta vraća se potreba za svakogodišnjom evaluacijom. Praćenje se može organizirati na više načina: ambulantno, putem dnevne bolnice, stacionarno – nekoliko dana ili tjedana, telemedicinski, kućnim posjetima... Ako se pregled pacijenta u kojem sudjeluju svi članovi multiprofesionalnog rehabilitacijskog tima, svaki sa svojim djelokrugom rada i specifičnim kompetencijama, uz koordinaciju liječnika specijalista fizikalne i rehabilitacijske medicine sa znanjem i iskustvom u navedenoj problematici, može učiniti kroz jednodnevni boravak u dnevnoj bolnici i za to postoji uređeni sustav, upitna je potreba višetjednog boravka na tzv. održavajućoj rehabilitaciji. U loše organiziranom sustavu u Hrvatskoj, gdje se takva dugoročna skrb odvija stihijski i bez uvažavanja pravih potreba pacijenata te ignorira mišljenje struke, to zasad nema alternative.

Ključne riječi: ozljeda kralježnične moždine, dugoročno praćenje.

Reference:

1. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. Chapter 11. Challenges and perspectives for the future of PRM. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2018 Apr;54(2):311-321. doi: 10.23736/S1973-9087.18.05155-9.
2. Meyer T, Gutenbrunner C, Bickenbach J, Cieza A, Melvin J, Stucki G. Towards a shared conceptual description of rehabilitation as a health strategy. *J Rehabil Med* 2011; 43: 765-769.
3. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2018 Apr;54(2):125-321.
4. International perspectives on spinal cord injury. 2013, WHO, ISCOS, Editor: Jerome Bickenbach, ISBN: 978924564663
5. Rick Hansen Institute | ACT International Survey: Abstract for ASIA 2019