

# GARANCE LOGOPEDICKÉ A PSYCHOLOGICKÉ PÉČE V KOMPLEXNÍ NEUROREHABILITAČNÍ PÉČI U PACIENTŮ SE ZÍSKANÝM POŠKOZENÍM MOZKU – KRANIOPROGRAM

## COMPLEX NEUROREHABILITATION PROGRAM „CRANIOPROGRAM” FOR PATIENTS WITH ACQUIRED BRAIN INJURY AND ACCESS TO SPEECH PATHOLOGY AND PSYCHOLOGY CARE

Mgr. Jakub Pětioký, MBA, DiS., 3. LF UK, 1. LF UK, RÚ Kladruba<sup>1</sup>

prof. MUDr. Marcela Grünerová-Lippertová Ph.D., 3. LF UK, Klinika rehabilitačního lékařství FNKV

PhDr. Kristýna Hoidekrová, RÚ Kladruba, FTVS UK

Mgr. Markéta Zatloukalová, RÚ Kladruba

<sup>1</sup>Rehabilitační ústav Kladruba, Kladruba 30, 257 62 Kladruba u Vlašimi, tel.: (+420) 317 881 219

[jakub.petiocky@rehabilitace.cz](mailto:jakub.petiocky@rehabilitace.cz)



Mgr. Jakub Pětioký, MBA, DiS.

### Abstrakt

Pro zajištění následné péče o pacienty se získaným poškozením mozku je důležité garantovat specializovanou komplexní rehabilitační péči. Kromě fyzioterapie a ergoterapie je nutné zajistit také logopedickou, dysfagickou a psychologickou péči. Rehabilitační ústav Kladruba (RÚ) spustil pilotní komplexní neurorehabilitační program – kranioprogram, s garancí dostupnosti logopedické a psychologické péče na základě indikačních kritérií, v roce 2015. Na základě zkušenosti s neodhalenými tichými aspiracemi z primární péče byl také zaveden sekundární dysfagický screening (n = 124), který pomáhá identifikovat rizikové pacienty (n = 27). Na základě těchto zkušeností byl sestaven dysfagiologický tým. V současné době je kranioprogram v RÚ plně hrazený zdravotními pojišťovnami a cílem je rozšíření tohoto programu i do dalších rehabilitačních zařízení.

### Abstract

Specialized complex neurorehabilitation care is important part of the complex neurology care for survivors with acquired brain injury. In addition to physiotherapy and occupational therapy, it is necessary to provide a speech pathology and dysphagia care and as well psychological care. The Rehabilitation Centre Kladruba (RÚ) started a pilot complex neurorehabilitation

program – Kranioprogram in 2015, with a guarantee of availability of speech and psychological care, based on the indicative criteria. A secondary dysphagia screening (n = 124) has also been introduced to help identify risk in patients with silent aspiration (n = 27) based on the experience of undetected silent aspiration. Based on these experiences, a dysphagia team was assembled. Currently, the Kranioprogram in the RÚ is fully funded by health insurance companies, with the aim of extending this programme to other rehabilitation facilities.

### Klíčová slova

získané poškození mozku, neurorehabilitace, logopedie, dysfagie, komplexní neurorehabilitační péče

### Keywords

acquired brain injury, neurorehabilitation, speech pathology, dysphagia, complex neurorehabilitation care

### Úvod

Rozvoj komplexní neurorehabilitační péče – kranioprogram Rehabilitačního ústavu Kladruba v České republice navazuje na Věstník Ministerstva zdravotnictví z roku 2010 o zřízení iktových center a komplexních cerebrovaskulárních center. Ve Věstníku je detailně popsána akutní péče o pacienty se získaným poškozením mozku, včetně personálních, materiálních

a časových požadavků. Organizace následné péče je popsána pouze v posledním odstavci, který odkazuje na to, že rehabilitace je poskytována v následné péči, bez jasné specifikace (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2010).

Pacienti, kteří přežijí cévní mozkovou příhodu či poranění mozku, by měli být indikováni ke specializované komplexní neurorehabilitační péči. Takováto péče ovšem chybí, a navíc není ani přesně definována.

Tito pacienti však mohou být přijímáni na lůžka následné rehabilitační péče. Tato poskytovaná péče ovšem nevykazuje komplexitu, neboť logopedická a psychologická péče je zajišťována v současné době pouze jako dostupná péče (může a nemusí být pravidelně poskytována ve zvýšené intenzitě, je limitována dostupností logopeda), tudíž nesplňuje kritérium garantované péče (musí být garantována ve zvýšené intenzitě, musí být zajištěna logopedem ve zvýšené intenzitě). V některých případech není logopedická péče zajištěna vůbec.

Tento stav vyžadoval změnu v systému poskytované péče na lůžkách následné rehabilitace tak, aby pacient s komplexním postižením mohl čerpat nejen intenzivní fyzioterapeutickou a ergoterapeutickou péči, ale také intenzivní neuropsychologickou a logopedickou péči zahrnující mj. komplexní dysfagiologickou intervenci. Takto nastavený model by měl fungovat s garancí poskytování péče, a to nikoliv na základě personální dostupnosti logopedů a psychologů, ale na základě klinických potřeb pacienta. Informace o dostupnosti logopedů v terénu se značně rozcházejí. Rehabilitační zařízení udávají spíše nedostatek logopedů a na nedostatek poskytovatelů logopedické péče narážejí i pacienti po propuštění z rehabilitačních zařízení, kteří mají logopedickou péči dále indikovanou. Tento stav je důležité dále diskutovat s logopedickou společností, zda odpovídá skutečnému stavu zasíťování terénu logopedickou ambulantní péčí.

## Kranioprogram RÚ Kladruby

Rehabilitační ústav Kladruby zahájil v roce 2010 přípravu na tvorbu nového ošetřovacího dne pro pacienty se získaným poškozením mozku s potřebou intenzivní komplexní neurorehabilitace – tzv. kranioprogram.

Do roku 2015 probíhaly investice do personálních zdrojů, zejména posílení

logopedických a psychologických pracovníků, investice do věcného vybavení a posílení ošetřovatelského a rehabilitačního personálu nad rámec personálních tabulek (RÚ Kladruby, 2019).

Investice do navýšení logopedických a psychologických pracovníků byla nezbytně nutná pro zahájení kranioprogramu tak, abychom byli schopni garantovat specifickou logopedickou, dysfagiologickou a psychologickou péči na základě specifických potřeb pacientů, a to v souladu s mezinárodními standardy poskytování péče (National Stroke Foundation, 2010; VA/DoD, 2010).

Od roku 2015 do roku 2016 probíhal pilotní projekt kranioprogramu, který měl prokázat funkčnost řešení, garanci poskytování a čerpání vyžadovaných služeb a také měl prokázat klinickou efektivnost tohoto programu (Hrubcová, 2017) v RÚ pod dohledem zdravotních pojišťoven (ZP) s intervenční (n = 135) a kontrolní skupinou (n = 69). V současné době je kranioprogram s garancí logopedické a psychologické péče poskytován na 30 lůžkách z celkové kapacity 277 lůžek v RÚ.

Po ukončení a pozitivním hodnocení pilotního kranioprogramu je tento program v RÚ standardně hrazen zvýšenou úhradou zdravotních pojišťoven, která pokrývá i zvýšené náklady na logopedy a psychology. Prostřednictvím úhrady v tomto programu se poprvé podařilo dostat náklady na logopedické a psychologické pracovníky do úhrady ošetřovacího dne následné lůžkové péče. Cílem RÚ, zdravotních pojišťoven a ministerstva zdravotnictví je rozšíření kranioprogramu i do dalších zařízení následné lůžkové rehabilitace, která cílí na poskytování intenzifikované komplexní rehabilitace, a to pod podmínkou splnění personálních, věcných a časových nároků na poskytování péče.

## Rozšíření kranioprogramu do dalších rehabilitačních zařízení následné lůžkové péče

Poslední dva roky probíhají intenzivní jednání s odbornou Společností pro rehabilitační a fyzikální medicínu (SRFM), kde RÚ prezentoval současný stav kranioprogramu s návrhem rozšíření tohoto programu i do dalších zařízení.

Během těchto jednání zástupci SRFM a dalších rehabilitačních zařízení předložili návrh na redukci testovací logopedické

baterie na základní screening a návrh na snížení personální obsazenosti logopedů a psychologů v kranioprogramu, a to z důvodu špatné dostupnosti klinických logopedů a psychologů, kteří v terénu chybí. Zástupci RÚ argumentovali, že je naopak důležité zachovat personální obsazenost logopedů a psychologů pro zajištění garance péče za zvýšenou úhradu ZP včetně zachování testovacích baterií v předloženém plném rozsahu, aby terapie byla specifická a hodnotná. To znamená, aby péče byla poskytována na základě potřeb pacienta, nikoliv na základě nasmlouvaného úvazku klinického pracovníka.

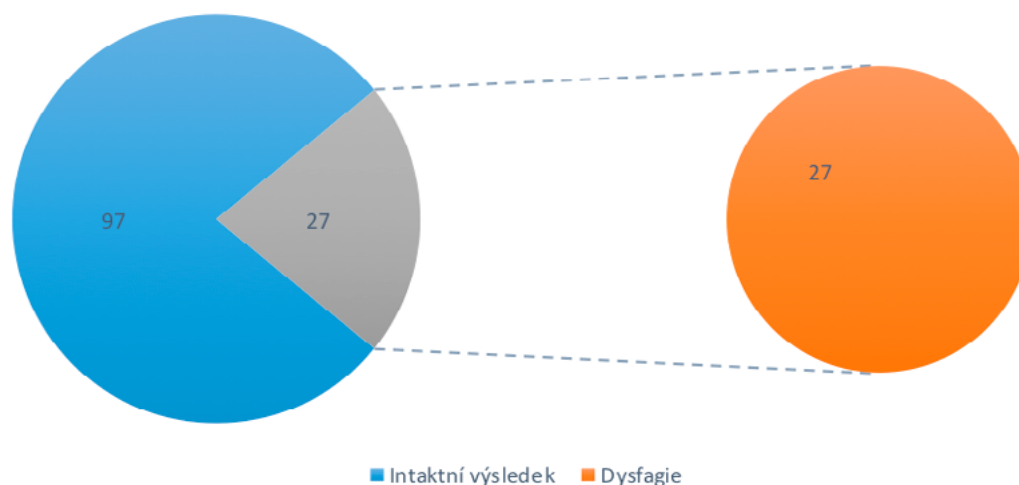
V kranioprogramu RÚ testujeme všechny pacienty screeningovým testem afázie MASTcz (Košťálová et al., 2008) a dysartrickým profilem Test 3F (Roubíčková, 2011). V případě pozitivního afaziologického screeningu provádíme další komplexní vyšetření afázie baterií Vyšetření fatických funkcí – VFF (Cséfalvay, 2002).

## Dysfagický screening v RÚ

I díky zkušenostem z pilotního projektu jsme přikročili k sekundárnímu screeningu dysfagie. Pacienti přicházející z iktových center mají mít dle metodiky (Solná, 2014) proveden dysfagický screening. Přesto bylo v RÚ zaznamenáno několik neodhalených případů tichých aspirací, které skončily hospitalizací v nemocnici, a znamenaly tak značnou komplikaci v rehabilitační léčbě. Na základě těchto zkušeností byl sestaven dysfagiologický tým zahrnující klinického logopeda, lékaře, zdravotní sestru a nutričního terapeuta. V rámci tohoto týmu byl vytvořen metodický pokyn pro sekundární dysfagický screening, díky němuž dokážeme odhalit pacienty s poruchou polykání, kteří nebyli zachyceni v primárním screeningu v akutní péči.

Sekundárním dysfagickým screenin- gem prošlo v období 11/2016–6/2017 celkem 124 pacientů po získaném poškození mozku ve věku 18–65 let, kteří byli přijati do intenzivního rehabilitačního programu v RÚ. Pacienti byli vyšetřeni screeningovým testem Gugging swallowing screen (GUSS) (Trapl et al., 2007). U 27 pacientů byla na základě tohoto testu diagnostikována dysfagie z celkového počtu n = 124 pacientů po screeningu (obr. 1.).

## Screening GUSS n=124

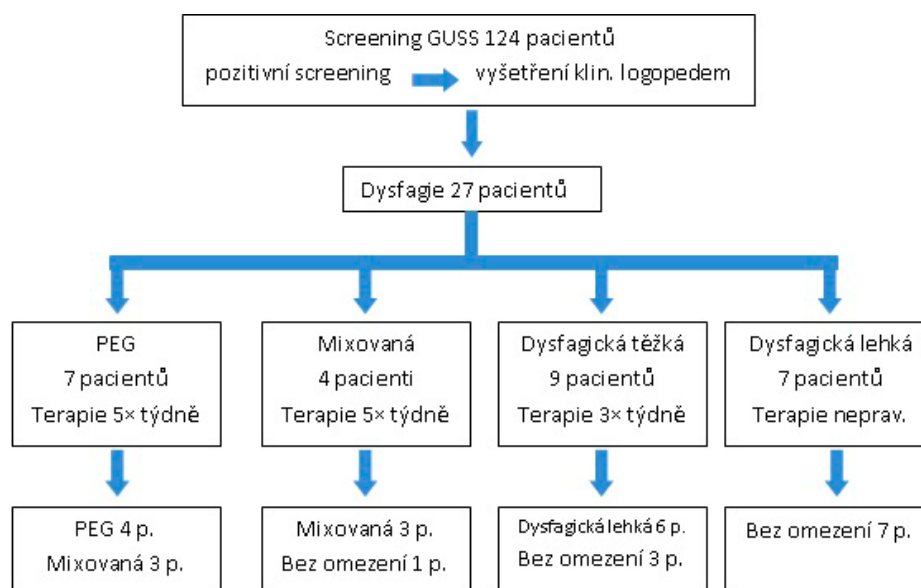


Obr. 1. Dysfagický screening (Zatloukalová, 2018)

Na základě výsledků screeningového testu byli pacienti rozděleni do čtyř kategorií – s lehkou, středně těžkou a těžkou dysfagií a pacienti se zavedenou PEG (Obr. 2.).

Těmto čtyřem kategoriím odpovídal i klinickým logopedem nastavený dietní program zahrnující dietu dysfagickou lehkou n = 7 (DL), dysfagickou těžkou n = 9 (DT),

mixovanou n = 4 (DM) a pacienti s PEG n = 7.



Obr. 2. Rozřazení pacientů do dysfagických skupin (Zatloukalová, 2018)

Ze závěrů výsledků studie efektivity sekundárního screeningu vyplývá jak potřeba plošného sekundárního testování, tak také pozitivní vliv komplexní logopedické péče na změnu dietologického programu. Zlepšení bylo zaznamenáno u 73,1 % z 26 pacientů. 57,7 % pacientů postoupilo o jednu dietní kategorii, dva pacienti přešli z PEG na běžnou stravu a jeden pacient z non per os stravy na dysfagickou těžkou. Ze všech 26 pacientů s dysfagií bylo na konci rehabilitace 61,5 % bez

dietního omezení. (Zatloukalová, 2018). Praktickým výstupem dysfagiologického týmu je taktéž edukace rodiny ohledně nastavení konzistence stravy v domácím prostředí a edukace pacienta a rodiny o rizikových faktorech pro pacienta.

### Závěr

Intenzifikovaná komplexní neurorehabilitační péče je plně funkční program zcela kompatibilní s mezinárodními standardy (British society of rehabilitation medicine,

2003; National Stroke Foundation, 2010; VA/DoD, 2010) poskytování péče pacientům se získaným poškozením mozku a je kompatibilní i s fázovým modelem rehabilitace, který se aktuálně řeší v odborné rehabilitační společnosti a v pracovní skupině na Ministerstvu zdravotnictví. Od ledna roku 2020 je plánováno rozšíření kranioprogramu i do dalších zařízení splňujících personální a věcné vybavení a časové dotace na pacienta.

Je otázkou, jaká je skutečná dostupnost ambulantní logopedické péče pro pacienty se získaným poškozením mozku v terénu a zda logopedická společnost může v tomto ohledu aktivně pomoci v navázání následné

ambulantní péče, například formou odkazu na síť referenčních logopedických pracovišť v Česku pro pacienty se získaným poškozením mozku. Plánované rozšíření rehabilitačních lůžkových pracovišť poskytujících

intenzifikovaný kranioprogram také zřejmě zodpoví otázku o reálném počtu dostupných logopedických pracovníků, které si tato centra musí zajistit.

## Literatura

BRITISH SOCIETY OF REHABILITATION MEDICINE. Rehabilitation following acquired brain injury: National clinical guidelines. 2003.

CSÉFALVAY, Z.; KOŠTÁLOVÁ, M.; KLIMEŠOVÁ, M. Vyšetření fatických funkcí. *Praha: AKL*, 2003.

HRUBCOVÁ, I., MOTYKA, J. Vyhodnocení konceptu ucelené rehabilitace pro pacienty se získaným poškozením mozku RÚ Kladruby. *IV. Kladrubské neurorehabilitační interdisciplinární symposium*. Sborník abstrakt. Kladruby, 2017. ISBN: 978-80-270-2951-8.

KOŠTÁLOVÁ, M., BÁRTKOVÁ, E., ŠAJGALÍKOVÁ, K., DOLENSKÁ, A., DUŠEK, L., BEDNAŘÍK, J. A. Standardization study of the Czech version of the Mississippi Aphasia Screening Test (MASTcz) in strokepatients and control subjects. *Brain Injury* 2008; 22(10): 793–801.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Věstník MZ ČR 2-2010*. Ministerstvo zdravotnictví ČR: 2010.

NATIONAL STROKE FOUNDATION. *Clinical Guidelines for Stroke Management*. Melbourne Australia. 2010. ISSN 0-978-0-9805933-3-4. Dostupné z: [https://www.pedro.org.au/wp-content/uploads/CPG\\_stroke.pdf](https://www.pedro.org.au/wp-content/uploads/CPG_stroke.pdf)

ROUBÍČKOVÁ, J., HEDÁNEK, J. a STRÁNÍK, A. *Dysartrický profil Test 3F*. 3. vyd. Praha: Galén 201. ISBN 978-80-7262-714-1.

Rehabilitační ústav Kladruby. *Výroční zpráva 2018*. [online]. RÚ Kladruby: ©2019. [cit. 08. 11. 2019]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.cz/o-nas/vyrocní-zpravy/>

TRAPL, M., ENDERLE, P., NOWOTNY, M. a kol. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients. *Stroke*. 2007, [online]. Vol. 38(11), s. 2948-2952 [cit. 22. 3. 2018]. Dostupné z: <http://stroke.ahajournals.org/content/38/11/2948>

SOLNÁ, G., et al. Návrh jednotného postupu v péči o pacienty s dysfagií na iktových jednotkách v ČR. 2015. Dostupné z: <http://nemocnicevitkovice.agel.cz/oddeleni/neurologicke-oddeleni/ke-stazeni/pece-o-pac-dysfagie>

VETERANS AFFAIRS AND THE DEPARTMENT OF DEFENSE (VA/DOD). *Clinical Practice Guideline for the Management of Stroke Rehabilitation, Version 2.0, 2010*. Dostupné z: <https://www.healthquality.va.gov/policy/index.asp>

ZATLOUKALOVÁ, M., HOIDEKROVÁ, K., PĚTIOKÝ, J., VESELÁ, S. Efficacy and needs of secondary dysphagia screening in post acute care for change in diet program in patients after acquired brain injuries. *12th ISPRM World Congress*. Paris. 8.–12. 7. 2018.