

Izzivi pri ocenjevanju varovancev v domu starejših občanov

Challenges in the assessment of nursing home residents

Alenka Omerzel¹, Alenka Smrkolj¹

IZVLEČEK

Uvod: Fizioterapevti v domu starejših občanov Polde Eberl - Jamski (Dom) v zadnjih desetih letih opažamo veliko spremembo v strukturi varovancev. Varovanci, ki prihajajo v dom, so vedno bolj telesno krhki z omejeno premičnostjo in kognitivnim upadom, zato postaja za fizioterapevta izbira najprimernejšega ocenjevalnega orodja vse večji izziv. **Namen** prispevka je predstaviti ocenjevanja varovancev v Domu in težave, s katerimi se pri tem fizioterapevti srečujemo. **Metode:** Za retrospektivno raziskavo smo pregledali dokumentacijo za obdobje od januarja 2020 do decembra 2020. **Rezultati:** Najpogosteje uporabljeni ocenjevalni protokoli so goniometrija z meritvami obsegov in dolžin udov, manualno mišično testiranje, VAL-lestvica, lestvica ocenjevanja motoričnih funkcij, test hoje na 10 metrov, časovno merjeni test vstani in pojdi, test funkcionalnega dosega in indeks premičnosti de Morton. Največ težav imamo fizioterapevti v Domu pri ocenjevanju bolečine, manualnem mišičnem testiranju in ocenjevanju gibalnih sposobnosti varovancev. **Zaključki:** Indeks premičnosti de Morton obeta veliko pri ocenjevanju premičnosti, vendar ga uporabljamo kratek čas. Za ocenjevanje bolečine in mišične moči bo treba najti orodje, ki bo primerno za različno populacijo v Domu.

Ključne besede: krhki starejši, institucionalno varstvo, merilna orodja.

ABSTRACT

Background: Over the past decade, physical therapists have noticed a significant shift in the structure of nursing home Polde Eberl - Jamski residents. Existing and new residents are increasingly physically frail with limited mobility and cognitive impairment. Therefore, physiotherapists are faced with the challenging task of selecting an appropriate assessment tool. This article aims to present the assessment of residents in a nursing home and the challenges for physiotherapists. **Methods:** A retrospective review of documentation from January 2020 to December 2020 was conducted. **Results:** The most commonly used standardized tests: goniometry, manual muscle test, VAS scale, motor assessment scale, 10-meter walk test, timed up and go, functional reach test, and de Morton mobility index. The physiotherapists in the nursing home have the most difficulty in assessing pain, manual muscle test and mobility assessment. **Conclusions:** The de Morton mobility index has shown promise in mobility assessment but has only recently been used. We need to find an appropriate tool to assess pain and muscle strength for a diverse population in our nursing home.

Key words: frail elderly, nursing home, outcome measures.

¹ Dom starejših občanov Polde Eberl – Jamski, Izlake

Korespondenca/Correspondence: Alenka Omerzel, dipl. fiziot.; e-pošta: alenka.fizio@gmail.com

Prispelo: 15.3.2021

Sprejeto: 31.5. 2021

UVOD

Staranje ni bolezen, temveč je le programiran fiziološki proces, ki je zapisan v dedni zasnovi in je zato neizogiben za vse. Osnovna značilnost sprememb v procesu staranja je upočasnitev različnih procesov in posledično zmanjšanje delovanja različnih organskih sistemov ter s tem delovanja celotnega organizma (1). Naloga fizioterapevtov, ki smo zaposleni v Domu Polde Eberl - Jamski Izlake (v nadaljevanju Dom), je, da z različnimi ocenjevalnimi orodji najbolje ocenimo spremembe pri naših varovancih in nato na podlagi rezultatov postavimo primerne cilje fizioterapevtske obravnave ter izberemo terapevtske postopke, ki bodo varovance varno in hitro pripeljali do zastavljenega cilja. Končni cilj pa je gotovo visoka kakovost življenja starejših, ki je poleg drugih dejavnikov največkrat odvisna od čim daljše sposobnosti opravljanja želenih dejavnosti brez bolečin.

Ocenjevanje je eden izmed temeljnih elementov fizioterapije. Dobro fizioterapevtsko merilno orodje vključuje elemente, s katerimi se preverijo in izpostavijo pacientove potrebe oziroma se predlagajo cilji fizioterapije ter omogoči vrednotenje izidov obravnave (2, 3). V prispevku bodo povzeta opažanja in rezultati ocenjevanj varovancev Doma leta 2020. V Domu uporabljamo za ocenjevanje varovancev različne teste in merilna orodja. Goniometrija z meritvami obsegov in dolžin udov ter manualno mišično testiranje (MMT) sta najpogosteje uporabljeni tehniki pri poškodbah skeleta in degenerativnih spremembah. Sem spada tudi orientacijsko testiranje mišične zmogljivosti, ki nam hitro da sliko o varovancevem stanju (4).

Bolečina je najpogostejši simptom večine varovancev fizioterapije v Domu. Za oceno bolečine uporabljamo vidno analogno lestvico (VAL) (5), natisnjeno na papirju. Pri varovancih po preboleli možganski kapi uporabljamo lestvico ocenjevanja motoričnih funkcij (MAS), ker je časovno manj zahtevna v primerjavi s podobnimi testi in ker poda visoko stopnjo ocenjevanja kakovosti gibanja (6). Redno uporabljamo tudi dva varna, preprosta testa, ki ocenjujeta dinamično ravnotežje in hojo. Časovno merjeni test vstani in pojdi (TUG) (7) uporabljamo zato, ker objektivno prikaže funkcijske spremembe v času, test hoje na

10 metrov (angl. 10 meter walk test, 10MWT) (8) pa zato, ker je objektivno merilo premičnosti. Rezultati obeh testov nas lahko opozorijo na povečano tveganje za padce. Dinamično ravnotežje ocenjujemo s testom funkcionalnega dosega (TFD) (9). Tudi ta test je pokazatelj ogroženosti za padce. Za varovance, ki niso sposobni samostojne stoji, pa uporabljamo modificiran TFD v sedečem položaju (9).

V zadnjih letih fizioterapevti v Domu opažamo vrzel pri ocenjevanju varovancev, ki so oslabei, krhki in imajo primanjkljaj na kognitivnem področju. Ocenjevanje zaradi večjega števila različnih testov varovanca pogosto utruje ali pa zaradi različnih vzrokov ne zmore v celoti izvesti. Orodja, ki smo jih uporabljali do zdaj, nam niso dala celostne slike varovancevih gibalnih in funkcijskih sposobnosti. Pokazala se je potreba po izbiri testa, ki ni omejen le na oceno ravnotežja ali hoje, temveč oceni tudi premičnosti in spretnosti pri izvajanju dejavnosti vsakdanjega življenja. Zato smo konec leta 2019 začeli uporabljati indeks premičnosti de Morton (DEMMI), ki je merilno orodje za oceno premičnosti, ta pa je bistvena za telesno funkcioniranje posameznika (10).

Cilj tega prispevka ni analiza ali primerjava ocenjevalnih orodij, osvetliti želimo le izzive, s katerimi se fizioterapevti Doma srečujemo pri ocenjevanju krhkih starejših.

METODE

V retrospektivno raziskavo smo zajeli obdobje enega leta in vključili pregled dokumentacije 123 varovancev Doma Polde Eberl - Jamski Izlake.

Preiskovanci

Od zajetih 123 varovancev je bilo 31 moških (25 %) in 92 žensk (75 %). Stari so bili od 57 do 98 let (povprečna starost 82 let). Od varovancev, ki so že nastanjeni v našem Domu, je bilo obravnavanih in ocenjenih 97 varovancev. Od tega je imelo 55 varovancev obravnavo za izboljšanje gibalnih in funkcijskih sposobnosti (kinezioterapijo) ali obravnavo za zmanjšanje bolečine in 42 respiratorno fizioterapijo. Slednji so iz prispevka izvzeti. Dodatno je bilo ocenjenih še 26 na novo sprejetih varovancev, in sicer v okviru začetnega pregleda fizioterapevta ob sprejemu, in ti so v prispevku obravnavani ločeno.

REZULTATI IN RAZPRAVA

Od 55 varovancev, ki so bili leta 2020 vključeni v obravnavo, so imeli naši varovanci najmanj težav pri oceni gibljivosti (7 %) in veliko pri MMT (54 %). Največ težav pa so imeli z oceno bolečine. Takih je bilo kar 67 %. MAS ni bilo treba izvesti pri nobenem izmed varovancev. TFD je prav tako zahteven za naše varovance, saj opazimo, da jih skoraj polovica (46 %) ne zmore pravilno izvesti testa. 10MWT in TUG sta bila prezahtevna za 5 % varovancev. Omenimo naj še to, da ima od 55 varovancev kar 44 % potrjeno diagnozo demence ali kognitivne motnje. Fizioterapevti pri svojem delu z varovanci pogosto opazimo kognitivni upad, ki pa še ni ustrezno diagnosticiran, zato menimo, da je slednji odstotek bistveno višji.

Od 26 na novo sprejetih varovancev je bil nizek odstotek tistih, pri katerih nismo zmogli oceniti gibljivosti (11 %). Velik pa je bil delež varovancev, ki so imeli težave s sledenjem navodil pri MMT (49 %). Ocena bolečine je bila potrebna pri 16 varovancih, vendar jih kar 75 % bolečine ni znalo oceniti. Pri petih varovancih smo uporabili MAS, saj je bil ta zaradi stanja po možganski kapi najprimernejši, vendar trije varovanci niso zmogli slediti navodilom med testiranjem. TFD, TUG in 10MWT je zmogel le en varovanec, štirje varovanci pa niso bili sposobni slediti navodilom. Iz zdravstvene dokumentacije lahko razberemo, da ima 53 % na novo sprejetih varovancev postavljeno diagnozo demenca ali kognitivna motnja.

Ocenjevanje gibljivosti skupaj z MMT se vedno uporablja pri varovancih po poškodbah in poslabšanju degenerativnih obolenj. Pri slednjih je taka ocena nujna za spremljanje napredka in izboljšanja stanja. Fizioterapevti v Domu pri skoraj vsakem drugem varovancu ne moremo opraviti MMT zaradi različnih vzrokov. Opazimo pa, da je najpogostejši vzrok upad kognitivnih sposobnosti.

Ocena intenzivnosti bolečine je eden izmed najpogosteje uporabljenih testov v Domu. VAL-lestvico pogosto zamenjamo z numerično lestvico, ki varovancem olajša opredelitev intenzivnosti bolečine. Kljub temu lahko bolečino oceni le 33 % varovancev. Največkrat opazimo, da imajo težave z opredelitvijo kakovosti bolečine, sprožilnih dejavnikov, časa in trajanja bolečine ter

intenzivnosti bolečine, najmanj pa z mestom bolečine. Ocena bolečine pri osebah z demenco ali velikim kognitivnim upadom pa je še posebno otežena. Upoštevati je treba, da v napredovalem stadiju demence posamezniki niso sposobni razumeti najpreprostejših vprašanj o bolečini in se nanje odzvati (11). Zaradi upada kognitivnih sposobnosti in oslabeledih komunikacijskih sposobnosti se pri osebah z demenco bolečina prepogosto spregleda in se ne oceni (12, 13).

Fizioterapevti v Domu ocenjujemo premičnost z 10MWT in TUG. Slednja sta uporabna pri zelo majhnem krogu varovancev, saj je le 10 % varovancev samostojno pokretnih, 37 % jih potrebuje pri pomikanju pomoč ene ali dveh oseb, kar 53 % varovancev pa spada v kategorijo nepomičnih. Oba testa sta neizvedljiva pri varovancih, ki so doživeli epizodo akutnega poslabšanja stanja zaradi respiratornih obolenj, artroze in/ali poslabšanja kroničnih obolenj. De Morton in Lane (9) in de Morton, Berlowitz in Keating (15) podobno ugotavljajo za starejše med bolnišničnim zdravljenjem, in sicer, da TUG pogosto ne pokaže sprememb v sposobnostih premikanja pri tistih starejših, ki imajo zelo ali le nekoliko zmanjšane gibalne sposobnosti. Drugi raziskovalci pa so potrdili, da ima TUG pri starejših, sprejetih na zgodnjo rehabilitacijo, učinek tal. Testa ni bilo sposobnih izvesti 85 % starejših (16).

Ocena ravnotežja je poleg premičnosti bistvena za celostno oceno starejših. TFD, ki ga uporabljamo fizioterapevti v Domu, kaže sposobnosti posameznika, da nadzoruje ravnotežje, kar je bistveno za aktivnosti vsakdanjega življenja. Pravilno ga lahko izvede le dobra polovica naših varovancev (54 %). Njegove slabosti so predvsem težja izvedljivost pri osebah s hudo demenco, slabim sodelovanjem ali nesposobnostjo slediti navodilom, pri ekstremnih deformacijah hrbtenice, pri preiskovancih z zelo omejeno funkcijo zgornjega uda in pri preiskovancih, ki težje stojijo (17). Pri ocenjevanju naših varovancev pogosto opazimo, da strategija gibanja pri TFD zelo vpliva na izid ocenjevanja. Varovanci kljub jasnim navodilom testa pogosto ne izvedejo pravilno. Podobno opozarjajo Wernick Robinson, Krebs in Giorgetti (18), da način, kako oseba izvede gibanje, močno vpliva na izid testiranja in da naj

bo med testiranjem temu namenjena večja pozornost.

Za ocenjevanje starejših oseb je bilo razvitih veliko merilnih orodij. Pri izbiri orodja sta pomembna njegova kakovost ter razmislek o vrednosti in klinični uporabnosti (19). Da je treba ocenjevanje in obravnavo prilagoditi novim potrebam varovancev, ki so telesno krhki, komorbidni in največkrat s primanjkljajem na kognitivnem področju, navajajo tudi MacKnight in Rockwood (20) ter Ross (21). Pomembno je, da z oceno zajamemo celovito področje ocenjevanja premičnosti. Prednost uporabe DEMMI za oceno premičnosti pri naših varovancih je krajši čas za izvedbo ocenjevanja, kot je na primer pri kombinaciji testov, ki jih uporabljamo trenutno. Ocenjevanje s kombinacijo testov lahko poteka tudi več kot 30 minut, pri uporabi testa DEMMI pa ta čas ne preseže 10 minut (15). Prednost DEMMI vidimo fizioterapevti v Domu tudi v tem, da nam omogoča sledenje na daljši časovni rok, saj ga zdaj izvajamo ob sprejemu novih varovancev in pozneje tudi ob rednih evalvacijah. V preteklem letu se je izkazalo, da je kar pri 80 % na novo sprejetih varovancih DEMMI primerno ocenjevalno orodje.

Ugotavljanje napredka pri gibalnih sposobnostih naših varovancev pogosto zahteva ponovno ocenjevanje, in sicer predvsem zato, ker se stopnja premičnosti naših varovancev pogosto spreminja od nepremičnosti do delne premičnosti oziroma samostojne premičnosti. Vzroki za spremembo stopnje premičnosti so zelo različni, zato je ocenjevalno orodje, kot je test DEMMI, za naše potrebe zelo primerno, saj je pri starejših osebah na akutnem zdravljenju pokazalo izboljšanje in spremembe v premičnosti kljub različnim vzrokom za upad gibalnih sposobnosti (22, 23).

ZAKLJUČEK

Ocenjevanje je zelo pomemben element pri delu fizioterapevta, zato ne gre spregledati dejstva, da kljub številnim orodjem, ki so na voljo, izbira najprimernejšega ni vedno preprosta. V Domu opazimo, da je MMT pri skoraj polovici varovancev neizvedljiv. VAL ne omogoča ocene bolečine pri vseh varovancih. 10MWT ter TUG sta primerna, vendar ju lahko zaradi strukture varovancev uporabljamo pri zelo majhnem deležu varovancev. TFD je primeren za nekaj več kot

polovico varovancev, ki spadajo v majhno skupino samostojno pokretnih varovancev. DEMMI je ustrezno orodje za ocenjevanje gibalnih sposobnosti pri večini naših varovancev, zato glede na izkušnje v Domu starejših občanov Polde Eberl - Jamski Izlake priporočamo uvedbo lestvice DEMMI za vrednotenje funkcijske premičnosti varovancev domov starejših občanov.

LITERATURA

1. Poredoš P. (2004). Zdravstveni problemi starostnikov. Zdravstveni vestnik 73: 753–6.
2. Puh U, Kacin A, Rugelj D, Hlebš S, Jakovljević M (2016). Ocenjevanje v fizioterapiji. Fizioterapija. 15 (suppl.1): 21–32.
3. Puh U, Zupanc A, Hlebš S (2015). Temeljni standardi za fizioterapevtsko prakso – merila pričakovane kakovosti Fizioterapija. 14 (suppl.1): 25–32.
4. Jakovljević M, Hlebš, S (2008). Manualno testiranje mišic. 2. ponatis. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
5. Jakovljević M, Puh U (2014). Ocenjevanje intenzivnosti bolečine z vidno analogno lestvico. <https://www.physio.si/wp-content/uploads/2016/11/7.-22-2-Ocenjevanje-intenzivnosti-bolecine.pdf> <20. 2. 2020>.
6. Goljar N, Jesenšek Papež B, Kos N, Pražnikar A, Karapandža J, Plaskan L, Topolič S, Hernja Rumpf T (2016). Ocenjevanje funkcioniranja oseb po možganski kapi. Fizioterapija. 15 (suppl.1): 147–55.
7. Jakovljević M (2013). Časovno merjeni test vstani in pojdi. <https://physio.si/wp-content/uploads/2016/11/2-C%cc%8ccasovno-merjeni-vstani-in-pojdi-test-Jakovljevic%cc%81-2013a.pdf> <20. 2. 2020>.
8. Puh U (2014). Test hoje na 10 metrov. <https://www.physio.si/wp-content/uploads/2016/11/7.-221-Test-hoje-na-10-metrov.pdf> <20. 2. 2020>.
9. Puh U, Rusjan Š (2001). Testiranje funkcionalnega dosega v stoječem in sedečem položaju pri osebah po preboleli možganski kapi. <https://physio.si/wp-content/uploads/2016/11/6-Test-funcijskega-dosega-stoje-in-sede-Puh-in-Rusjan-2001.pdf> <20. 2. 2020>.
10. Zupanc A, Puh U. (2018). Indeks premičnosti de Morton: zanesljivost med preiskovalci pri pacientih z mišično-skeletnimi okvarami. Fizioterapija, 26 (1): 24–34.
11. Gagnon MM, Hadjistavropoulos T, Williams J (2013). Development and mixed-methods evaluation of a pain assessment video training program for long-term care staff.

- <http://downloads.hindawi.com/journals/prm/2013/659320.pdf> <24. 2. 2020>.
12. Lešnik A, Tomažič J, Zorčič V (2018). Prepoznavanje in ocena bolečine pri osebah z demenco. https://www.researchgate.net/publication/333186947_Prepoznavanje_in_ocena_bolecine_pri_osebah_z_demenco <24. 1. 2020>.
 13. Pieper MJC, Achterberg WP, Francke AL, Van der Steen JT, Scherder EJ, Kovach CR (2011). The implementation of the serial trial intervention for pain and challenging behaviour in advanced dementia patients. <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-11-12> <20. 2. 2020>.
 14. de Morton NA, Lane K (2010). Validity and reliability of the de Morton mobility index in the subacute hospital setting in a geriatric evaluation and management population. *J Rehabil Med*, 42(10): 956–61.
 15. de Morton N, Berlowitz DJ, Keating JL (2008). A systematic review of mobility instruments and their measurement properties for older acute medical patients. <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-6-44> <24. 1. 2020>.
 16. Zupanc A. (2017). Merske lastnosti de Morton indeksa premičnosti pri pacientih z mišično-kostnimi okvarami. Magistrsko delo. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
 17. Duncan PW, Weiner DK, Chandler J, Studenski S (1990). Functional reach: a new clinical measure of balance. *Journal of Gerontology*, 45(6): 192–7.
 18. Wernick-Robinson M, Krebs DE, Giorgetti MM (1999). Functional Reach: Does It Really Measure Dynamic Balance? *Arch Phys Med Rehabil* (80): 262–69.
 19. Stokes EK (2011). *Rehabilitation outcome measures*. Elsevier 1st ed. 117–35.
 20. MacKnight C, Rockwood K (1995). Assessing mobility in elderly people. A review of performance – based measures of balance, gait and mobility for bedside use. *Rev Clin Ger*, 5(4): 464–86.
 21. Ross CM (2018). Application and Interpretation of Functional Outcome Measures for Testing Individuals With Cognitive Impairment. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 34(1): 13–35.
 22. de Morton NA, Davidson M, Keating JL (2010a). Validity, responsiveness and the minimal clinically important difference for the de Morton mobility index (DEMMI) in an older acute medical population. <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-10-72> <24. 1. 2020>.
 23. de Morton NA, Davidson M, Keating JL (2010b). Reliability of the de Morton mobility index (DEMMI) in an older acute medical population. *Physiother Res Int*, 16(3): 159–69.