

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ РЕХАБИЛИТАЦИЈА НА МОЗОЧЕН
УДАР

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при рехабилитација на мозочен удар.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при рехабилитација на мозочен удар е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при рехабилитација на мозочен удар по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-3166/1
09 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Рехабилитација на мозочен удар

Долгорочна рехабилитација по мозочен удар

Објавено: јуни 2013 год.

NICE клинички упатства 162
guidance.nice.org.uk/cg162

Содржина

Вовед	1
Упатства во тек	1
Зошто ова упатство беше развиено	1
Грижа насочена кон пациентот	3
Употребени термини во ова упатство	4
Клучни приоритети за имплементација	5
Оддели за мозочен удар	5
Јадро на мултидисциплинарниот тим за мозочен удар	5
Поврзување на здравствената и социјалната заштита	5
Трансфер на здравствена заштита од болница до заедница	5
Поставување цели за рехабилитација	5
Интензитет на рехабилитацијата на мозочен удар	6
Когнитивно функционирање	6
Емоционално функционирање	6
Голтање	6
Враќање на работа	6
Долгорочна здравствена и социјална поддршка	7
1. Препораки	8
1.1 Организирање здравствена и социјална грижа за лица кои имаат потреба од рехабилитација по мозочен удар	8
1.2 Планирање и испорачување рехабилитација по мозочен удар	11
1.3 Спроведување поддршка и информации	13
1.4 Когнитивно функционирање	14
1.5 Емоционално функционирање	15
1.6 Вид	16
1.7 Голтање	16
1.8 Комуникација	16
1.9 Движење	18
1.10 Самогрижа	22
1.11 Долгорочна здравствена и социјална поддршка	23
2. Препораки за истражување	25
2.1 Електрична стимулација на горен екстремитет	25
2.2 Интензивна рехабилитација по мозочен удар	25
2.3 Невропсихолошки терапии	26
2.4 Рамена болка	26
3. Други информации	28
3.1 Делокруг на упатството и како беше развиено упатството	28
3.2 Поврзани NICE упатства	28
4. Група за развој на упатството, Национален центар за соработка и NICE проектантски тим	30
4.1 Група за развој на упатството	30
4.2 Национален центар за клинички упатства	30
4.3 NICE проектантски тим	30
За ова упатство	31
Јачина на препораките	31
Други верзии на ова упатство	32

Имплементација.....	32
Ваша одговорност	32
Авторски права.....	32
NICE контакт	33

Вовед

Мозочниот удар е значаен здравствен проблем во Велика Британија. Секоја година, апроксимативно 110000 лица во Англија, 11000 лица во Велс и 4000 лица во Северна Ирска страдаат од прв или повторен мозочен удар. Повеќе лица преживуваат прв мозочен удар, но често добиваат значаен морбидитет. Повеќе од 900000 лица во Англија живеат со последиците од мозочниот удар.

Стапката на морталитет на мозочниот удар во Велика Британија е во континуирано опаѓање од крајот на 1960-те години. Развојот на одделите за мозочен удар ја следи публикацијата Stroke Unit Trialists' Collaboration meta-analysis of stroke unit care^[1] и понатамошната реорганизација на сервисите по пристигнувањето на тромболизата, која резултираше во понатамошно сигнификантно намалување на морталитетот и морбидитетот на мозочниот удар (како што е регистрирано во National sentinel stroke audit^[2]). Сепак, значењето на мозочниот удар може да биде уште поголемо во иднина заради стареењето на популацијата.

Наспроти намалувањето на морталитетот и морбидитетот, лицата со мозочен удар имаат потреба од пристап до ефикасна рехабилитациска услуга. Рехабилитацијата на мозочниот удар е мултидимензионален процес, кој е дизајниран да го олесни враќањето или адаптацијата на губитокот на физиолошката или психолошката функција кога промената на основниот патолошки процес е нецелосна. Рехабилитацијата има за цел да ги подобри функционалните активности и да го подобри учеството во општеството и, според тоа, го подобрува квалитетот на животот.

Клучните аспекти на рехабилитациската грижа опфаќаат: мултидисциплинарна проценка, откривање на функционалните нарушувања и нивни мерења, третман кој е планиран преку поставени цели, испорака на интервенции кои може или да влијаат на промените или да го поддржуваат лицето во управување со присутната промена и вреднување на ефикасноста/ефектот.

Упатства во тек

Постојат јасни стандарди за рехабилитацијата на мозочен удар, на пример, како што е опишано во 'National clinical guideline for stroke'^[3], а кој се одразува на NICE – стандардот за квалитет и во 'National stroke strategy'^[4]. Општо земено, постои мала недоверба дека рехабилитацискиот пристап кој е опишан со помош на стандарди е ефикасен. Кои од индивидуалните интервенции би требало да се одвиваат во овие рамки останува помалку јасно.

Зошто ова упатство беше развиено

Целта на Групата за развој на упатството беше да ги разгледа структурата, процесите и интервенциите кои во моментот беа користени во рехабилитациската грижа и да проценат дали тие го подобруваат исходот на лицата со мозочен удар. Беше спроведен модифициран модел на преживување од Delphi (видете во [целосното упатство](#) за повеќе информации) за да се добие формален консензус за областите, како што е испорака на услуга и планирање на заштита. Ова упатство разгледа некои од

достапните интервенции кои можат да бидат искористени во рехабилитацијата на мозочниот удар.

-
- [1] Stroke Unit Trialists' Collaboration (1997) Collaborative systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. *British Medical Journal (Clinical Research Ed)* 314:1151–9.
 - [2] Intercollegiate Stroke Working Party (2011) National sentinel stroke clinical audit 2010 (round 7): public report for England, Wales and Northern Ireland. London: Royal College of Physicians.
 - [3] Intercollegiate Stroke Working Party (2008) National clinical guideline for stroke: third edition. London: Royal College of Physicians.
 - [4] Department of Health (2007) National stroke strategy. London: Department of Health.

Грижа насочена кон пациентот

Ова упатство понудува совети врз база на докази за заштита на адулти и на млади лица на возраст од 16 години и постари кои доживеале мозочен удар со континуирано нарушување, со дисфункција во активноста или со скратување во учеството.

Пациентите и професионалците за здравствена заштита имаат права и одговорности кои се конституирани во Националната здравствена служба (NHS)-Устав на Англија (Constitution for England)-сите NICE упатства се напишани да го рефлектираат тоа. Третманот и заштитата треба да бидат разгледани во склоп на индивидуалните потреби и преферирања. Пациентите треба да имаат можност да формираат одлуки врз база на информации за нивната заштита и третман со заедничко договарање со нивните професионалци за здравствена заштита. Ако пациентот е под 16 години, на неговото семејство или на негувателите, исто така, би требало да им се дадат информации и поддршка кои ќе помогнат во донесувањето одлуки околу третманот за нивното дете или за младото лице. Здравствените работници треба да го следат Совет за согласност при Одделението за здравство (Department of Health's advice on consent). Ако некој не поседува способност за да донесе одлуки, тогаш професионалците за здравствена заштита треба да го следат Код за праксата која го придружува Законот за ментална способност (Code of practice that accompanies the Mental Capacity Act) и суплементарниот Код за праксата за лишување на мерки за заштита на слободата (Code of practice on deprivation of liberty safeguards). Во Велс, професионалците за здравствена заштита треба да го следат совет за согласност од велшката Влада (advice on consent from the Welsh Government).

NICE создаде упатства врз база на параметрите од доброто искуство на пациентите од адултните услуги на Националната здравствена служба. Сите професионалци за здравствена заштита треба да ги следат препораките во Искуство на пациентите од адултните услуги на Националната здравствена служба (Patient experience in adult NHS services).

Ако пациентот се сложува, семејствата и негувателите би требало да имаат можност да бидат вклучени во одлучувањето за третманот и за заштитата. На семејствата и на негувателите, исто така, би требало да им се дадат информации и поддршка која им е потребна.

Употребени термини во ова упатство

Афазија. Губиток или нарушување на способноста да се користи или да се разбира говорот, обично настанува заради мозочна лезија.

Апраксија (на говор). Тешкотии во започнување и извршување волево движење кое е потребно да продуцира говор кога не постои слабост на говорната мускулатура. Таа може да предизвика тешкотија во продукцијата на точен говор или промени во ритмот или во сегмент од зборувањето.

Проценка. Детален процес кој има за цел да ја дефинира етиологијата и влијанието на нарушувањето и да конструира план за третман.

Дисартрија. Тешкотија во артикулацијата на зборови.

Дисфагија. Тешкотии во голтањето.

Диспраксија. Тешкотија во планирањето и во извршувањето движење.

Рана поддршка за испишување. Услуга за лица по мозочен удар кај кои е дозволен трансфер на медицинската заштита од болничка средина во примарна здравствена заштита за да се продолжи со рехабилитација на истото ниво на интензивност и професионалност, какви што би ги примале пациентите во текот на болничкиот престој.

Хемианопсија. Слепило на една половина од видното поле на едното или на двете очи.

Занемарување/незабележување. Неможност за ориентација преку стимули или да следи стимулирање на делови од телото на афектираната страна од мозочниот удар.

Ортоза. Справа која ја поддржува или ја коригира функцијата на еден екстремитет или на торзото.

Скрининг. Процес за идентификување лица со делумно нарушување. На лицата може да им се понудат информации, понатамошна проценка и соодветен третман. Скринингот може да биде спроведен како прекурсор за подетална проценка.

Услуга/сервис за рехабилитација на мозочен удар. Услуга/сервис која е создадена да спроведе рехабилитација за мозочен удар и во болница и во заедницата.

Оддел за мозочен удар. Средина каде мултидисциплинарни тимови за мозочен удар обезбедуваат специјализирана заштита на пациентите со мозочен удар во специјални оддели, каде има простор за болничко легло, простор за хранење, сала за вежбање и пристап до соодветни кујни.

Клучни приоритети за имплементација

Следниве препораки се одредени за приоритети на имплементација.

Оддели за мозочен удар

- Лицата со нарушување по мозочен удар треба да добијат рехабилитација во болнички оддел, специјално наменет за мозочен удар и супсеквентно од страна на тим кој е специјализиран за мозочен удар во рамките на заедницата.

Јадро на мултидисциплинарниот тим за мозочен удар

- Јадрото на мултидисциплинарниот тим за рехабилитација на мозочен удар треба да се состои од следниве професионалци со експертиза/стручност за рехабилитација на мозочен удар:
 - Доктори за консултација.
 - Медицински сестри.
 - Физиотерапевти.
 - Терапевти за окупациска терапија.
 - Терапевти за говор и јазик.
 - Клинички психолози.
 - Асистенти за рехабилитација.
 - Социјални работници.

Поврзување на здравствената и социјалната заштита

- Здравствената и социјалната заштита треба да ја извршуваат професионалци со заедничка соработка за да се осигури дека проценката на социјалната заштита е бргу спроведена таму, каде е потребно, пред да биде направен трансфер на лицето со мозочен удар од болницата во заедницата. Проценката треба:
 - Да ги идентификува тековните потреби на лицето и неговото семејство или на негувателот, на пример, пристап до бенефити, потреба за нега, водење домаќинство, учество во заедницата, враќање на работа, транспорт и пристап до волонтеристички услуги/сервиси.
 - Да се документираат и да се регистрираат сите потреби на лицето од областа на здравствената и социјалната заштита, со копија која ќе биде спроведена до лицето со мозочен удар.

Трансфер на здравствена заштита од болница до заедница

- Понудете им рана поддршка на испишување на лицата со мозочен удар кои се во состојба самостојно или со асистенција да се преместуваат од кревет на стол, за доволно долг временски период додека може да им се обезбеди безбедна средина.

Поставување цели за рехабилитација

- Осигурајте поставување цели на состаноците во текот на рехабилитацијата на мозочен удар:
 - Дали се на дневен ред во текот на работната недела.
 - Вклучете го во дискусијата лицето со мозочен удар, а каде одговара неговото семејство или негувателот/старателот.

Интензитет на рехабилитацијата на мозочен удар

- Понудете за почеток најмалку 45 минути рехабилитациски третман, релевантно за секој мозочен удар во текот на најмалку 5 дена неделно за сите оние лица кои се во состојба да партиципираат и каде што функционалните цели може да се спроведат. Ако е потребно повеќе рехабилитација во подоцнежната фаза, прилагодете го интензитетот кон потребите на лицето во тој период ^[5].

Когнитивно функционирање

- Направете скрининг за когнитивниот дефицит на пациентите по мозочниот удар. Таму, каде што ќе се детектира когнитивен дефицит, спроведете детална проценка, користејќи валидни, доверливи и одговорни алатки пред да го креирате програмот за третман.

Емоционално функционирање

- Проценете го емоционалното функционирање во рамките на когнитивните нарушувања кај пациентите по мозочниот удар. Каква било интервенција да изберете, треба да се земе предвид типот и комплексноста на невропсихолошката манифестација на пациентот и соодветна лична анамнеза.

Голтање

- Понудете третман за голтање најмалку 3 пати неделно на пациентите со дисфагија по мозочниот удар кои се во состојба да учествуваат во текот на целиот период додека се обидуваат да ја спроведете функцијата. Третманот за голтање може да опфати компензаторни стратегии, вежби и совет за положба.

Враќање на работа

- Прашањето за враќање на работа треба да се постави колку што е можно побргу по мозочниот удар на пациентот, редовно да се разгледува и активно да се менаџира. Активното менаџирање треба да опфати:
 - Одредување на физичките, когнитивните, комуникациските и психолошките барања на работното место (на пример: мултикомплексно работно место со одговарање на електронски пораки и телефонски разговори во зафатена канцеларија).
 - Откривање на какво било намалување на ефикасноста на работното место (на пример: физички ограничувања, анксиозност, замор кој спречува присутност на работното место со полно работно време, когнитивни нарушувања кои спречуваат обавување мултикомплексни задачи и комуникациски дефицити).
 - Подготвување активности (на пример: одржување предавања за стратегии за поддржување мултикомплексни барања или за тешкотии во запаметувањето, предавања за користење софтвер кој се активира гласовно за пациентите кои имаат тешкотии да работат со тастатура и достава на работни симулации).

- Едуцирање во врска со Закон за еднаквост (Equality Act) 2010 и достапна поддршка (на пример: пристап до работни шеми).
- Посети на работното место и контакти со работодавците за да се направи соодветно сместување, како што е набавување опрема и постепено враќање на работа.

Долгорочна здравствена и социјална поддршка

- Разгледајте ја здравствената и социјалната заштита која им е потребна на лицата по мозочен удар и потребите на нивните негуватели по 6 месеци, а потоа еднаш годишно. Со овие ревизии би требало да се покрие партиципирањето и улогата на заедницата за да се осигури дека целите на лицата се прифатени.

[5] Интензитетот на терапијата за дисфагија којашто се спроведува како дел од терапијата за говорот и јазикот е дадена во препораката 1.7.2.

1. Препораки

Следното упатство е базирано на најдобрите достапни докази. Целосното упатство дава детали за методите и за доказите кои се користени во развивањето на упатството.

Формулацијата која е користена во препораките од ова упатство ја означува сигурноста врз која е создадено упатството (јачина на препораката). Видете во За ова упатство за деталите.

1.1 Организирање здравствена и социјална грижа за лица кои имаат потреба од рехабилитација по мозочен удар

Оддели за мозочен удар

1.1.1 Лицата со хендикеп по мозочен удар би требало да добијат рехабилитација во специјализиран болнички оддел за мозочен удар, а потоа да добијат рехабилитација од специјализиран тим за мозочен удар во рамките на заедницата.

1.1.2 Една болничка услуга за рехабилитација по мозочен удар би требало да се состои од:

- Средина која е наменета за рехабилитација по мозочен удар.
- Главен мултидисциплинарен тим (видете во препораката 1.1.3) кој поседува знаење, вештини и релации да работи во заеднички договор со лицата кои доживеале мозочен удар и со нивните семејства, односно негуватели за да се справи со промените кои настанале како резултат на мозочниот удар.
- Пристап до други услуги кои може да бидат потребни, на пример:
 - Умерени совети.
 - Диететика.
 - Електронски помагала (на пример, далечински управувачи за врати, за светла, за грејни тела и за помагала за комуникација).
 - Психијатриски конекции.
 - Ортоптика.
 - Орготика.
 - Аптека.
 - Стручни лица за нега на стапалата.
 - Сервис за инвалидска количка.
- Мултидисциплинарна едукативна програма.

Јадро на мултидисциплинарен тим за мозочен удар

1.1.3 Јадрото на еден мултидисциплинарен тим за рехабилитација на мозочен удар би требало да се состои од следниве професионалци со експертиза во рехабилитација на мозочен удар:

- Доктори за консултација.
- Медицински сестри.
- Физиотерапевти.
- Терапевти за окупациска терапија.

- Терапевти за говор и јазик.
- Клинички психолози.
- Асистенти за рехабилитација.
- Социјални работници.

1.1.4 Улогите и одговорностите на главниот мултидисциплинарниот тим за рехабилитација би требало јасно да му се укажат на лицето и да се направи конекција со него и со неговото семејство/старател низ патеките за грижа/заштита.

1.1.5 Членовите од јадрото на мултидисциплинарен тим би требало да ги испитаат лицата со мозочен удар за да направат рангирање на нарушувањата или неспособностите/хендикепот, со цел да бидат запознаени, но и да ја насочат нивната понатамошна проценка и третман.

Поврзаност на здравствената и на социјалната грижа

1.1.6 Професионалците за здравствена и социјална грижа би требало да работат заеднички за да се осигури дека проценката на социјалната грижа е бргу извршена таму каде што треба, пред да се префрли лицето со мозочен удар од болница во заедница. Проценката би требало:

- Да ги открие сите потреби на лицето и на неговото семејство или на негувателите, на пример, пристап до бенефити, потребите за грижа, водење домаќинство, учество во заедницата, враќање на работа, транспорт и пристап до волонтеристички услуги.
- Да се одредат и да се евидентираат сите потреби во агендата за здравствена и социјална грижа на лицето, обезбедувајќи копија и за лицето со мозочен удар.

1.1.7 Понудете обука за грижа (на пример: во движење, ракување и помагање при облекувањето) на членовите од семејството или на старателите кои се со желба и во можност да бидат вклучени во поддршката на лицето по доживеаниот мозочен удар.

- Надгледувајте ја обуката на членовите од семејствата и на старателите и поддржете ги нивните потреби редовно (минимум на 6 месеци и како годишни ревизии), имајќи предвид дека овие потреби може да се сменат со текот на времето.

Трансферирање на грижата од болница кон заедница

1.1.8 Понудете поддршка на рано испишување на лицата со мозочен удар кои се во состојба да се преместуваат од кревет на стол независно или со помош, си додека една сигурна и безбедна околина може да се спроведе.

1.1.9 Поддршката за рано испишување би требало да биде дел од професионалната услуга за рехабилитација на мозочниот удар и би требало да се состои од истиот интензитет на третман и обем на мултидисциплинарните вештини кои се достапни во болницата. Тоа не треба да резултира со одложување на испораката на грижата.

1.1.10 Болниците треба да поседуваат свои системи за да се осигури дека:

- Лицата по мозочен удар и нивните семејства и негуватели/старатели (како одговорни) се вклучени во планирањето за трансферирање на грижата и дека негувателите се обучени за заштита (на пример: во движење, ракување и помагање при облекувањето).
- Лицата по мозочен удар и нивните семејства и негуватели да се чувствуваат адекватно информирани, подготвени и поддржани.
- Општите лекари и другите одговорни лица да се информирани пред трансферирањето на грижата.
- Договорен план за здравствена и социјална заштита на лице место, за лицето да знае кого да го контактира ако се јават тешкотии.
- Соодветна опрема (вклучувајќи специјалист кој треба да го постави болниот во седечка положба и во инвалидска количка, ако е потребно) која е на местото на живеење на болниот, без оглед на амбиентот.

1.1.11 Пред трансферот од болница до дома или до организираната средина за грижа, разговарајте и договорете се со болниот кој доживеал мозочен удар и со неговото семејство, односно со негувателите (кои се одговорни) за планот за здравствена и социјална заштита и спроведете го ова до сите релевантни структури кои пружаат здравствена и социјална заштита/грижа.

1.1.12 Пред трансферот од болничката заштита до домот на лицата со мозочен удар:

- Утврдете дека тие имаат сигурна и овозможена домашна средина, на пример, проверете дека соодветната опрема и адаптациите се спроведени и дека негувателите се поддржани за да се олесни нивната независност.
- Преземете посета во нивниот дом со нив, освен ако нивните способности и потреби може да се откријат и на други начини, на пример со демонстрирање независност во сите самостојни активности за неа, вклучувајќи подготовка на оброк додека престојуваат на одделот за рехабилитација.

1.1.13 За трансферот на заштитата/негата од болница до заедницата, спроведете информации до сите релевантни професионалци кои пружаат здравствена и социјална грижа/заштита, како и до лицето со мозочен удар. Ова треба да вклучува:

- Кратка епикриза/запис за напредокот во рехабилитацијата и тековните цели.
- Дијагноза и здравствената состојба.
- Функционални можности (вклучувајќи ги потребите за комуникација).
- Потребите за неа, како што се перење, облекување, јадење и помош за во тоалет.
- Психолошки потреби (когнитивни и емоционални).
- Потребите околу медикаменти (вклучувајќи ги можностите на лицето да се справува со неговите пропишани лекови и каква било поддршка која му е потребна за да го прави тоа).
- Социјални околности, како што се потребите на негувателите.
- Ментален капацитет кој соодветствува за одлуката за трансферирање.
- Менаџирање на ризикот, како што се потребите на вулнерабилните адулти.
- Планови за следење, рехабилитација и пристап до здравствената и социјалната заштита, како и до волонтеристичкиот сектор кој пружа услуги.

- 1.1.14 Обезбедете лицата со мозочен удар кои се пренесуваат од болничко згрижување во домови за згрижување да добијат проценка и третман за рехабилитација на мозочниот удар и услуги за социјална заштита со еднакви стандарди, како и стандардите што би ги примале во нивните сопствени домови.
- 1.1.15 Лицата од локалните сервиси за здравствена и социјална заштита би требало да имаат стандардни процедури за работење за да осигурат безбеден трансфер и долгорочно згрижување на болните по мозочен удар, вклучувајќи ги и оние во домовите за згрижување. Ова треба да вклучува навремена размена на информациите помеѓу различни провајдери кои користат локални протоколи.
- 1.1.16 По трансферот на згрижувањето од болница, лицата кои имаат нарушувања по мозочниот удар (вклучувајќи ги лицата во домови за згрижување) би требало да бидат следени во текот на 72 часа од страна на специјализиран тим за рехабилитација по мозочен удар за проценка на детектираните потреби на пациентите и на развојот на акциските менаџерски планови.
- 1.1.17 Спроведете советување за пропишаните лекови за лицата по мозочен удар во правец на упатствата во [Medicines adherence](#) (NICE clinical guideline 76).

1.2 Планирање и испорачување рехабилитација по мозочен удар

Скрининг и проценка

- 1.2.1 На приемот во болница, за да се обезбеди итна безбедност и удобност на лицето со мозочен удар, проверете го пациентот заради следново (ако се детектираат проблеми, започнете со нивно менаџирање колку што е можно побргу):
- Ориентација.
 - Позиционирање, движење и ракување.
 - Голтање.
 - Преместувања (на пример: од кревет на стол).
 - Ризик на региите, изложени на притисок.
 - Континенција.
 - Комуникација, вклучувајќи ја можноста за разбирање и за следење инструкции, како и да се соопштат потребите и желбите.
 - Нутритивен статус и хидрираност (следете ги препораките во [Stroke](#) [NICE clinical guideline 68] и [Nutrition support in adults](#) [NICE clinical guideline 32]).
- 1.2.2 Подгответе целосна медицинска проценка на лицето со мозочен удар, вклучувајќи ги когницијата (внимание, паметење, просторна ориентација, [апраксија](#), перцепција), видот, слухот, гласот, силата, осетот и рамнотежата.
- 1.2.3 Севкупната проценка на лицето со мозочен удар би требало да ги земе предвид:
- Нивните претходни функционални способности.
 - Нарушувањата на психолошките функции (когниција, емоции и комуникација).
 - Нарушувањето на телесните функции, вклучувајќи и болка.

- Ограничени активности и ограничено учество.
- Фактори од опкружувањето (социјални, физички и културни).

1.2.4 Информациите кои се рутински собрани од лицата со мозочен удар со помош на валидни, доверливи и одговорни алатки, во текот на приемот и на испишувањето на пациентот треба да го содржат следново:

- National Institutes of Health Stroke Scale.
- Barthel Index.

1.2.5 Информациите кои се рутински собрани од лицата со мозочен удар со помош на валидни, доверливи и одговорни алатки, би требало да имаат редовен фитбек кај мултидисциплинарниот тим.

1.2.6 Да се смета на влијанието на мозочниот удар што прави врз семејството, пријателите и/или негувателите и, ако е соодветно, препознајте ги изворите на поддршка.

1.2.7 Информирајте ги членовите на семејствата и старателите/негувателите на лицата со мозочен удар за нивното право да добијат проценка на потребите на негувателите.

Поставување цели за рехабилитација

1.2.8 Осигурете се дека лицата со мозочен удар имаат цели за нивната рехабилитација кои:

- Се значајни и релевантни за нив.
- Се фокусираат на активноста и учеството.
- Се предизвик, но и се достижни.
- Вклучуваат и краткорочни и долгорочни елементи.

1.2.9 Осигурете дека состаноците за поставување цели во текот на рехабилитацијата:

- Се закажани во текот на работната недела.
- Ги вклучуваат лицата со мозочен удар во дискусијата, а каде одговара, ги вклучуваат и нивните семејства или негувателите.

1.2.10 Осигурете дека во текот на состаноците за поставување на целите, лицата со мозочен удар се снабдени со:

- Објаснување на процесот за поставување цели.
- Потребна информација во форма која е прифатлива за нив.
- Потребна поддршка за донесување одлуки и активно учествуво во донесувањето на целите.

1.2.11 На лицата дајте им копии за согласност за договорените цели за рехабилитација на мозочниот удар по секоја средба за поставување цели.

1.2.12 Прегледувајте ги целите на редовни интервали за време на нивната рехабилитација.

Планирање рехабилитација

- 1.2.13 Спроведете ги информациите и поддржете ја способноста на лицата со мозочен удар и на нивните семејства или негуватели (како одговорни) активно да учествуваат во развојот на нивниот план за рехабилитација.
- 1.2.14 Плановите за рехабилитација на мозочен удар би требало да се ревидираат редовно од страна на мултидисциплинарниот тим. Изберете период кога овие прегледи се во согласност со фазата на рехабилитација и со потребите на пациентот.
- 1.2.15 Документацијата за рехабилитација на пациентот би требало да биде индивидуална и треба да содржи минимум информации, како што се:
- Основни демографски податоци, вклучувајќи податоци за контакт и близок роднина.
 - Дијагноза и релевантни медицински информации.
 - Листа на тековни лекови, алергии.
 - Стандардизиран скрининг на проценката (видете ја препораката 1.2.1).
 - Цели на рехабилитацијата на пациентот.
 - Забелешки од подобрувањето на мултидисциплинарен план.
 - Главен контакт со тимот за рехабилитација на мозочниот удар (со нивни детали за контакт) за да се усогласат здравствените и социјалните потреби на пациентот.
 - Информации за планирање испис (вклучени потреби за сместување, за помагала и за адаптација).
 - Заеднички планови за здравствена и за социјална заштита/грижа, ако се развиени.
 - Состаноци за следење.

Интензитет на рехабилитацијата на мозочниот удар

- 1.2.16 На пациентите кои се во можност да учествуваат, иницијално, понудете им најмалку 45 минути за секој релевантен рехабилитациски третман за минимум 5 дена во неделата и каде можат да се постигнат функционалните цели. Ако во подоцнежната фаза се бара повеќе рехабилитација, подгответе го интензитетот на третманот според потребите на пациентот во тој период^[6].
- 1.2.17 Сметајте на повеќе од 45 минути од секоја релевантна рехабилитација 5 дена во текот на неделата за пациентите кои се во можност да учествуваат и да продолжат во исполнувањето на функционалните цели и каде функционалните цели би можеле да бидат постигнати.
- 1.2.18 Ако пациентите со мозочен удар не се во можност да учествуваат во 45-минутен третман од секоја рехабилитациска терапија, обезбедете им таа терапија да се изведува 5 дена неделно за пократко време, со интензитет кој ќе им дозволи тие активно да партиципираат.

1.3 Спроведување поддршка и информации

- 1.3.1 Во текот на работењето со лицата кои доживеале мозочен удар и со нивните семејства или негуватели, идентификувајте ги информациите за нивните потреби и како да им се испорачаат ним, имајќи ги предвид специфичните

нарушувања, како што се афазијата и когнитивните нарушувања. Темпото на информирањето да се прилагоди на емоционалниот капацитет на пациентот.

- 1.3.2 Спроведете информации околу локалните ресурси (на пример: слободно време, домаќинство, социјални услуги и волонтерски сектор) кои можат да помогнат во поддршката на потребите и приоритетите на пациентите со мозочен удар и на нивните семејства, односно негуватели.
- 1.3.3 Ревидирајте ги потребите за информации на пациентот на 6-месечните прегледи и на годишните прегледи и на почетокот и на крајот од секоја извршена интервенција.
- 1.3.4 NICE создаде упатства од искуството на пациентите од услугите на Националната здравствена служба (NHS) за возрасни. Следете ги препораките во Patient experience in adult NHS services (NICE clinical guidance 138)^[7].

1.4 Когнитивно функционирање

- 1.4.1 Испитајте ги пациентите по мозочен удар за когнитивниот дефицит. Таму каде ќе биде откриен, спроведете детална проценка, користејќи валидни, веродостојни и одговорни алатки пред да се направи програмат за третман.
- 1.4.2 Спроведете едукација и поддршка за пациентите со мозочен удар и за нивните семејства, односно негуватели/старатели за да им се помогне да го разберат степенот и влијанието на когнитивниот дефицит по мозочниот удар, сфаќајќи дека тие може да се разликуваат со текот на времето и во различни состојби.

Визуелно занемарување

- 1.4.3 Оценете го ефектот на визуелното занемарување по мозочниот удар со помош на функционални задачи, како што е мобилност, облекување, јадење и користење инвалидска количка, користејќи стандардизирани проценки и бихејвиорална опсервација.
- 1.4.4 Користете интервенции за визуелното занемарување со фокусирање на релевантни функционални задачи, притоа имајќи го предвид основното нарушување. На пример:
 - Интервенции за да им се помогне на пациентите во забележување на страната која се занемарува, како што се светло обоени линии или маркирање на работ на страницата.
 - Техники со алармирање, како што се аудитивните сигнали.
 - Повторување задачи, како што е облекувањето.
 - Менување на влезот на перцепцијата, користејќи очила со призма.

Функционирање на меморијата

- 1.4.5 Проценете ја меморијата и другите релевантни сегменти од когнитивните функции (како што се извршните функции) кај пациентите по мозочниот удар,

особено таму каде што нарушувањата во меморијата влијаат на секојдневните активности.

- 1.4.6 Користете интервенции за меморијата и когнитивните функции кои се фокусираат на релевантни функционални задачи, земајќи го предвид основното нарушување. Интервенциите можат да содржат:
- Зголемување на свесноста за дефицитот во меморијата.
 - Подобрување на учењето, користејќи техника на учење со помалку грешки и техники со обработување (правење асоцијации, употреба на клучни зборови-мнемоници, внатрешни стратегии кои се во врска со кодирање на информации, како што се 'најавување, прашање, читање, наведување, тест').
 - Надворешни помагала (на пример дневници, листи, календари и аларми).
 - Стратегии од средината на опкружувањето (пракса и поттикнување од средината).

Функционирање на вниманието

- 1.4.7 Проценете го вниманието и когнитивните функции кај пациентите по мозочен удар, користејќи стандардизирани проценки. Користете бихејвиорална опсервација за да го евалуирате влијанието на нарушувањето врз функционалната задача.
- 1.4.8 Сметајте на тренирање на вниманието кај пациентите со нарушено внимание.
- 1.4.9 Користете интервенции за внимание и за когнитивните функции кои се фокусираат на релевантни функционални задачи. На пример, користете генерички техники, како што се управување со околината и внесување разни поттици кои се во врска со функционалната задача.

1.5 Емоционално функционирање

- 1.5.1 Проценете го емоционалното функционирање во рамките на когнитивните дисфункции кај пациентите по мозочен удар. Која било избрана интервенција треба да го земе предвид типот или комплексноста на невропсихолошката манифестација на пациентот и соодветната анамнеза.
- 1.5.2 Поддржете ги и едуцирајте ги пациентите по мозочен удар, како и нивните семејства и негуватели во врска со емоционалното прилагодување кон мозочниот удар, разбирајќи дека психолошките потреби може да се променат со текот на времето и во однос на различните ситуации.
- 1.5.3 Кога некои нови или присутни емоционални нарушувања се откриени кај пациентите на 6-месечниот или на годишниот преглед, упатете ги на соодветни услуги за детална проценка и третман.
- 1.5.4 Справувајте се со депресијата и анксиозноста кај пациентите по мозочен удар кои немаат когнитивни нарушувања во правец на препораките во [Depression in adults with a chronic physical health problem](#) (NICE clinical guideline 91) и [Generalised anxiety disorder](#) (NICE clinical guideline 113).

1.6 Вид

- 1.6.1 Испитајте ги пациентите по мозочниот удар за визуелни нарушувања.
- 1.6.2 Упатете ги пациентите со присутни двојни слики на формална ортоптичка проценка.
- 1.6.3 Понудете им третман со движење на очите на пациентите кои имаат присутна хемианопсија и кои се свесни за состојбата.
- 1.6.4 Кога ќе ги советувате пациентите со визуелни нарушувања во врска со возење, консултирајте ја Агенцијата за дозвола за возач и возило (Driver and Vehicle Licensing Agency) (DVLA).

1.7 Голтање

- 1.7.1 Проценете го голтањето кај пациентите по мозочен удар во согласност со препораките во Stroke (NICE clinical guideline 68).
- 1.7.2 Понудете третман на голтање најмалку 3 пати неделно на пациентите со дисфагија кои се во можност да партиципираат, си додека тие продолжуваат да добиваат функционални придобивки. Третманот со голтање може да вклучи компензаторни стратегии, вежби и совети за положба.
- 1.7.3 Осигурете дека е дадена ефикасна нега на устата на пациентите со нарушено голтање по мозочен удар, со цел да се намали ризикот за аспирациска пневмонија.
- 1.7.4 Здравствените работници со релевантни вештини и обука во дијагностицирањето, проценката и менаџирањето на нарушувањата на голтањето треба редовно да ги мониторираат и преоценуваат пациентите со дисфагија кои користат адаптирана храна и течности, си додека не се стабилизираат (оваа препорака е од Nutrition support in adults [NICE clinical guideline 32]).
- 1.7.5 Спроведете нутрицистичка поддршка на пациентите со дисфагија во согласност со препораките во Nutrition support in adults (NICE clinical guideline 32) и Stroke (NICE clinical guideline 68).

1.8 Комуникација

- 1.8.1 Испитајте ги пациентите по мозочен удар за нарушувања во комуникацијата во текот на 72 часа од настанувањето на симптомите од мозочниот удар.
- 1.8.2 Секоја рехабилитатиска услуга треба да осмисли стандардизиран протокол за испитување на нарушувањата во комуникацијата кај пациентите по мозочен удар.

- 1.8.3 Упатете ги лицата за кои има сомнение дека имаат комуникациски нарушувања кај терапевт за говор и јазик за детални анализи на нарушувањата на говорот и јазикот и за проценка на нивното влијание.
- 1.8.4 Спроведете соодветни информации, едукација и обука на мултидисциплинарниот тим за тој да биде во можност да ги поддржи пациентите и ефикасно да комуницира со пациентите кои имаат комуникациски нарушувања, со нивните семејства/негуватели.
- 1.8.5 Третманот за говор и јазик кај пациентите по мозочен удар би требало да биде предводен и надгледуван од страна на специјалист терапевт за говор и јазик, кој заеднички соработува со другите соодветни обучени лица, како што се асистенти за третман на говор и јазик, негуватели и пријатели, како и членови од волонтеристичкиот сектор.
- 1.8.6 Предложете можности за пациентите со нарушувања во комуникациите да имаат конверзации и социјално просветување со лицата кои се обучени, кои имаат знаење, вештини и однесување за да ја поддржат комуникацијата. Тоа би требало да биде дополнување на можностите кои се предложувани за семејствата, негувателите и за пријателите.
- 1.8.7 Терапевтите за говор и јазик треба да ги проценат пациентите со ограничено функционирање во комуникацијата заради нивниот потенцијал да добијат бенефит од користената комуникациска помош или од други технологии (на пример: домашен третман, базиран на компјутерската технологија или апликации на смарт-телефоните).
- 1.8.8 Спроведете комуникациски помагала за оние пациенти кои имаат потенцијал за бенефит и понудете им обука за ракување.
- 1.8.9 Кажете им на пациентите со нарушувања во комуникацијата за комуникациите кои ги нуди заедницата и за групите кои даваат поддршка (како што се оние групи кои се спроведуваат од страна на волонтеристичкиот сектор) и охрабнете ги пациентите да земат учество.
- 1.8.10 Терапевтите за говор и јазик треба:
- Да спроведат прецизен третман кој е насочен на причината за нарушувањето на комуникацијата (на пример: афазиса или дисартрија).
 - Да им помогнат на пациентите како да ги користат и да ги подобрат другите нивни јазични и комуникациски способности.
 - Да ги научат пациентите на други методи на комуницирање, како што се гестикација, пишување и ракување со прибор.
 - Да ги подучува лицата околу пациентите со мозочен удар (вклучувајќи ги членовите на семејството, негувателите и тимот за здравствена и социјална грижа) за да развијат вештини за комуникациска поддршка, со цел да се зголеми комуникацискиот потенцијал на пациентот.
 - Да им помогнат на пациентите со афазиса или дисартрија и на нивните семејства или негуватели за да се прилагодат на комуникациските нарушувања.

- Да им се даде поддршка на пациентите со комуникациски нарушувања во изградувањето на нивниот идентитет.
- Да им се даде поддршка на пациентите за пристап до информации кои им овозможуваат донесување одлуки.

1.8.11 Кога ќе се откријат присутните нарушувања во комуникацијата на 6-месечниот или на годишниот преглед, упатете ги пациентите повторно кај терапевт за говор и јазик за детална проценка и понудете им третман ако постои потенцијал за функционално подобрување.

1.8.12 Помогнете им и овозможете им на пациентите со комуникациски нарушувања да ги соопштат нивните секојдневни потреби и желби; дајте им поддршка да ги разберат и да учествуваат во секојдневните, но и во големите животни одлуки.

1.8.13 Обезбедете дека бариерите за комуницирање од околината се сведени на минимум за пациентите со мозочен удар. На пример, осигурете сигнализацијата да е јасна, а бучавата од позадината да е намалена.

1.8.14 Осигурајте се дека сите напишани информации (вклучувајќи ги и оние кои соодветствуваат на медицинската состојба и третман) се адаптирани за пациентите со афазија по мозочен удар. Ова треба да содржи, на пример, писма за работното место, термини за рехабилитација и листа на јадења.

1.8.15 Понудете обука на вештините за комуникација (како што е успорување, непрекинување, ракување со комуникациски реквизити, гестикација, цртање) на партнерите на пациентите за да можат да конверзираат меѓу себе.

1.9 Движење

1.9.1 Спроведете физиотерапија за пациентите кои имаат слабост на трупот или на горните, односно на долните екстремитети, нарушување на осетот или на рамнотежата по мозочен удар, што се одразува врз функцијата.

1.9.2 Пациентите со нарушувања на движењето по мозочен удар би требало да се третираат кај физиотерапевт кој поседува релевантни вештини и обука во дијагностицирањето, во проценката и во менаџирањето на движењето на пациентите.

1.9.3 Третманот на пациентите со нарушувања во движењето по мозочен удар треба да продолжи, се додека пациентите не се во состојба да ја одржуваат или да ја подобрат функцијата, независно или со помош од други (на пример: асистенти за рехабилитација, членови на семејството, негуватели или инструктори за фитнес).

Тренирање на силата

1.9.4 Сметајте на тренирање на силата кај пациентите со мускулна слабост по мозочен удар. Тоа може да вклучува прогресивно зајакнување на силата со помош на повторување на вежбите за зголемување на телесната тежина (на пример:

повторување на седни-стани вежбите), тегови (на пример: вежби со зголемување на отпорот) или вежби со отпор кои се изведуваат на машини, како што е стационариран велосипед.

Тренирање фитнес

- 1.9.5 Охрабрете ги пациентите да учествуваат во физички активности по мозочен удар.
- 1.9.6 Оценете ги пациентите кои се во можност да одат и се медицински стабилни по мозочниот удар за кардиореспираторен третинг и тренинг со отпор кои одговараат на нивните индивидуални цели.
- 1.9.7 Кардиореспираторниот тренинг и тренингот со отпор за пациентите по мозочен удар би требало да ги започне физиотерапевт, со цел пациентите да го продолжат програмот самостојно, којшто се базира на инструкциите на физиотерапевтот (види ја препораката 1.9.8).
- 1.9.8 Пациентите со мозочен удар кои самостојно продолжуваат со програмот за вежбање, физиотерапевтот треба да ги снабди со сите неопходни информации околу манипулациите и адаптациите, а таму каде што пациентите би користеле провајдер/техничар за вежбање, тој може да им организира нивниот програм да е безбеден и подготвен според нивните потреби и цели. Овие информации може бидат срочени во форма на запишани инструкции, телефонски разговори или во вид на заедничка посета со провајдерот/техничарот и пациентот, во зависност од потребите и можностите на провајдерот/техничарот за вежби и пациентот со мозочен удар.
- 1.9.9 Кажете им на пациентите кои учествуваат во фитнес активности за честите потенцијални проблеми, како што е болка во рамото и советувајте ги да побараат совет за лекување од нивниот матичен лекар или од терапевтот, ако овие проблеми се јават.

Третмани за дланка и за рака - ортози за горен екстремитет

- 1.9.10 Рутински не понудувајте имобилизација за рачниот зглоб и за дланката на пациентите кои имаат слабост на горниот екстремитет по мозочен удар.
- 1.9.11 Размислете за ординирање ортози за рачниот зглоб и шепата кај пациентите кои се со ризик по мозочниот удар (на пример: пациентите кои имаат неподвижни раце заради слабост и кај пациентите со зголемен тонус) за:
 - Да ја одржите подвижноста на зглобовите, должината на меките ткива и поставеноста.
 - Да ја зголемите должината на меките ткива и пасивниот обем на движењата.
 - Да ја олесните функцијата (на пример, ортоза за шепата за да се помогне зграпчувањето или функцијата).
 - Да ја помогнете грижата или хигиената (на пример, да се овозможи пристап до дланката).

- Да се зголеми комфорот (на пример, употреба на штитници на дланката од овча кожа за да се држат ноктите од прстите подалеку од дланката на шепата).

1.9.12 Ако пациентите по мозочен удар користат ортози за рачниот зглоб и шепата, тие би требало да бидат проценети и опремени од страна на соодветен обучен здравствен професионалец и да биде подготвен план за прегледи.

1.9.13 Учете ги пациентите и нивните семејства/негуватели како да ја ставаат и вадат ортозата, како да се грижат за неа и да ги забележат знаците на црвенило и дефект на кожата. Обезбедете место за контакт за пациентот ако е загрижен.

Електрична стимулација: горен екстремитет

1.9.14 Рутински не им понудувајте на пациентите со мозочен удар електрична стимулација за нивната дланка и рака.

1.9.15 Сметајте на обид со електрична стимулација кај пациентите кои имаат доказ за мускулна контракција по мозочниот удар и не можат да ги движат рацете при отпор.

1.9.16 Штом обидот за третман се смета за соодветен, осигурете се дека терапијата со електрична стимулација е предводена од страна на квалификуван професионалец за рехабилитација.

1.9.17 Целта на електричната стимулација би требало да биде подобрување на силата додека се работат функционални задачи во рамките на прецизна програма за рехабилитација.

1.9.18 Продолжете со електричната стимулација ако се покаже напредок преку јасно поставените функционални цели (на пример: одржување на степенот на движење или спроведување стегање/контракција и релаксација/деконтракција).

Терапија за движење, индуцирана од ограничување

1.9.19 Сметајте на терапија за движење, индуцирана од ограничување, кај пациентите со мозочен удар кои имаат движење на рачниот зглоб до 20 степени во екстензија и до 10 степени на прстите во екстезија. Бидете свесни за потенцијалните негативни случки (како што се паѓања, лошо расположение и замор).

Болка во рамо

1.9.20 Спроведете информации за пациентите со мозочен удар и нивните семејства, односно негуватели, како да се заштитат од болката во рамото или траума на рамото ако тие се со ризик за развивање раменска болка (на пример: ако тие имаат слабост и спастицитет на горен екстремитет).

1.9.21 Справете се со раменската болка по мозочниот удар, користејќи соодветно позиционирање и други третмани во согласност со потребите на секој пациент.

1.9.22 Следете го Neuropathic pain (NICE clinical guideline 96) како упатство за справување со невропатската болка.

Обука преку повторување задачи

1.9.23 Понудете обука преку повторување на задачите кај слабост на горниот екстремитет (како што се: дофаќање, зграпчување, покажување, движење и ракување со предмети во зададените функционални задачи) и кај слабост на долниот екстремитет (како што се: преместување од типот седнување-станување, одење и користење скали).

Третман за одење: тркало со или без поддршка од телесната тежина

1.9.24 Понудете тренинг со одење на пациентите по мозочен удар кои се во состојба да одат, со или без асистенција, за да им помогнете да изградат издржливост и побрзо да се движат.

1.9.25 Сметајте на тренинг со тркало, со или без поддршка од телесната тежина, како една опција за тренинг со одење кај пациентите по мозочен удар кои се во состојба да одат со или без асистенција.

Тренирање со електромеханичко одење

1.9.26 Понудете тренирање со електромеханичко одење на пациентите по мозочен удар само во рамките на студии за истражување.

Ортози глужд-стапало

1.9.27 Сметајте на ортозите глужд-стапало за пациентите кои имаат тешкотии во нестабилната фаза по мозочниот удар (на пример: препнување и паѓање) и/или во фазата на контролирање на положбата (на пример: истрошеност на коленото и глуждот или хиперекстензија во коленото) што се одразува на одењето.

1.9.28 Проценете ја способноста на пациентите со мозочен удар да ја постават ортозата глужд-стапало или осигурете се дека пациентите имаат поддршка која им е потребна за да го сторат тоа.

1.9.29 Проценете ја ефикасноста на ортозата глужд-стапало кај пациентите со мозочен удар во доменот на удобноста, брзината и леснотијата на одењето.

1.9.30 Процената за и третманот со ортозата глужд-стапало би требало да се спроведе само како дел од рехабилитационата програма за мозочен удар и само направена од страна на квалификувани професионалци.

Електрична стимулација: долен екстремитет

1.9.31 За упатството за функционална електрична стимулација за долен екстремитет видете во [Functional electrical stimulation for drop foot of central neurological origin](#) (NICE interventional procedure guidance 278).

1.10 Самогрижа

1.10.1 Спроведете окупациска терапија за пациентите по мозочен удар кај кои постои веројатност дека може да имаат корист, за да се справат со тешкотиите при секојдневните лични активности. Терапијата може да се состои од ресторативни и компензаторни стратегии.

- Ресторативните стратегии може да вклучуваат:
 - Охрабрување на пациентите кои имаат феномен на незапазување за да се служат со страната на која има незапазување.
 - Охрабрување на пациентите со слабост на раката за да ги употребуваат и двете раце.
 - Воспоставување рутина на облекување кај пациентите со слаба концентрација, занемарување или [диспраксија](#), кои доведуваат до неможност за облекување.
- Компензаторните стратегии може да вклучуваат:
 - Обучување на пациентите да се облекуваат со една рака.
 - Обучување на пациентите да користат справи, како што се помагала за капење и за облекување.

1.10.2 Пациентите кои имаат тешкотии во активностите од секојдневниот живот по мозочниот удар, треба да имаат редовен мониторинг и третман од страна на терапевт за окупациска терапија кој поседува вештини и обука за анализирање и менаџирање на активностите од секојдневниот живот. Третманот треба да продолжи, се додека пациентот не стане стабилен или да е во состојба самостојно да напредува.

1.10.3 Проценете ги пациентите по мозочен удар за нивните потреби за опрема и дали нивните семејства или негуватели имаат потреба од обука за да ја користат опремата. Проценката треба да се спроведе од страна на соодветен квалификуван професионалец. Опремата може да вклучува: дигалки, дигалки за столици и мали помагала од типот на долги рачки од сунѓер.

1.10.4 Осигурете дека соодветната опрема е спроведена и е достапна за користење на пациентите по мозочен удар кога тие од болница се трансферирани во кој било начин на сместување (вклучувајќи ги и домовите за грижа).

Враќање на работа

1.10.5 Прашањето за враќање на работа треба да се отвори што побргу по мозочниот удар на пациентите, редовно да се ревидира и активно да се менаџира. Активното менаџирање треба да вклучува:

- Откривање на физичките, когнитивните, комуникациските и психолошките барања на работното место (на пример: работно место со многу задачи каде се бара одговор на електронска пошта и телефонски разговори во преполна канцеларија).
- Откривање на сите нарушувања при вршење на работата (на пример: физички ограничувања, анксиозност, замор кој спречува целодневно присуство на работа, когнитивни нарушувања кои спречуваат извршување на повеќе барања на работното место и нарушувања во комуникацијата).
- Подготвување интервенција (на пример: наставни стратегии за поддршка на мулти-барања или на мемориски нарушувања, обука за користење на софтвер кој се активира на глас кај пациентите кои имаат нарушувања во работата со тастатура и испорака на работни симулации).
- Едукација за Законот за еднаквост 2010 (Equality Act 2010) и достапна поддршка (на пример: пристап до работни шеми).
- Посети на работните места и контакти со вработувачите за да се создадат разумни сместувања, како што е набавка на опрема и рангирано враќање на работа.

1.10.6 Менаџирајте го враќањето на работа или долгорочното отсуство од работа кај пациентите по мозочен удар со Managing long-term sickness and incapacity for work (NICE public health guidance 19).

1.11 Долгорочна здравствена и социјална поддршка

1.11.1 Информирајте ги пациентите дека тие можат да се самоупатат, често со поддршка од матичниот лекар или со посочен контакт, ако им се потребни понатамошни услуги за рехабилитација на мозочниот удар.

1.11.2 Спроведете информации, така што пациентите по мозочниот удар се во можност да го препознаваат развивањето на компликациите од мозочниот удар, како што се чести паѓања, спастицитет, рамена болка и инконтиненција.

1.11.3 Охрабрете ги пациентите да се фокусираат на живеењето по мозочниот удар и помогнете им во постигнувањето на целите. Ова може да вклучува:

- Олеснување на нивното учество во активностите во заедницата, како што е купување, граѓански ангажман, спортови и занимања во слободно време, посетување на омилените места и во здруженијата кои даваат поддршка по мозочниот удар.
- Поддршка на пациентите во општествени улоги, како што се работење, едуцирање, волонтирање, забава и сексуални релации.
- Спроведување информации за транспорт и возење (вклучувајќи ги DVLA барањата; видете во www.dft.gov.uk/dvla/medical/aag).

1.11.4 Раководете со инконтиненција по мозочен удар, во согласност со препораките во Urinary incontinence in neurological disease (NICE clinical guideline 148) и Faecal incontinence (NICE clinical guideline 49).

- 1.11.5 Прегледајте ги потребите за здравствена и за социјална заштита/грижа на пациентите по мозочен удар и потребите на нивните негуватели по 6 месеци, а потоа годишно. Во тие прегледи треба да бидат вклучени учеството и улогата на заедницата за да се осигури дека целите на лицата се постигнати.
- 1.11.6 За упатството на секундарна превенција на мозочен удар, следете ги препораките во Lipid modification (NICE clinical guideline 67), Hypertension (NICE clinical guideline 127), Type 2 diabetes (NICE clinical guideline 87) и Atrial fibrillation (NICE clinical guideline 36).
- 1.11.7 Спроведете советување за препишаните медикаменти во согласност со препораките во Medicines adherence (NICE clinical guideline 76).

[6] Интензитет на третманот за дисфагија, кој е спроведен како дел од третманот за говор и јазик е даден во препораката 1.7.2.

[7] За препораките во врска со континуитетот на заштитата/грижата и релациите, видете во делот 1.4, а за препораките во врска со можноста на пациентите активно да учествуваат во нивната заштита, видете во делот 1.5.

2. Препораки за истражување

Групата за развивање упатства ги направи следниве препораки за истражување кои се базираат врз преглед на податоци, со цел да се унапредат NICE упатствата и заштитата/грижата на пациентите во иднина.

2.1 Електрична стимулација на горен екстремитет

Која е клиничката ефикасност и трошок на електричната стимулација (ЕС) како дополнување на рехабилитацијата за подобрување на функцијата на дланката и раката кај пациентите по мозочен удар, тргнувајќи од раната рехабилитација, па до користењето во заедницата?

Зошто е ова важно

По мозочен удар се смета дека околу 30-70% од пациентите имаат намалена или никаква функција на раката и на дланката. Долго време се мислеше дека ЕС е веројатно корисно дополнување на рехабилитацијата за подобрување на функцијата на раката и на дланката. Се верува дека ЕС го подобрува ефектот на обучувањето од активните рехабилитационски програми со специфични задачи, како и на рехабилитационските програми за зајакнување. Сепак, до денес доказите не даваат информации за клиничарите или за пациентите со мозочен удар дали ЕС би била ефикасно дополнување на рехабилитацијата за нив. Потребни се сериски поврзани студии:

1. За да се одреди дозата, параметрите за пракса и содржината на рехабилитационскиот програм за ефикасна промена во функцијата на раката и на дланката со ЕС.
2. За да се одбележи клиничкиот профил на пациентите кои би имале бенефит од ЕС во раната, средната и во доцната фаза од клиничкиот тек по мозочниот удар.

Проценката на раниот исход би требало да биде проценување во нарушувањето на функцијата. Секундарниот исход треба да вклучува проценки на нарушувањето, на функционирањето и на квалитетот на живеење и тоа би требало да се рефлектира на пациентите кои имаат функционалност на горните екстремитети од низок, среден и висок степен.

2.2 Интензивна рехабилитација по мозочен удар

Кај пациентите по мозочен удар која е клиничката ефикасност и рентабилност на интензивната рехабилитација (6 часа дневно), наспроти умерената рехабилитација (2 часа дневно) на активноста, учеството и квалитетот на живеење на исходот.

Зошто е ова важно

Рехабилитацијата има за цел да се зголеми активноста и учеството, а да се намали вознемиреноста на пациентите со мозочен удар и на нивните семејства, односно негуватели. Физичкиот и менталниот капацитет кој е потребен за учество во рехабилитацијата на пациентите со мозочен удар многу осцилира. Некои пациенти кои не се добри може да не се во можност да учествуваат целосно, а додека други може да

се во состојба да издржат 6 часа од третманот дневно. Потенцијалниот долгорочен кост-бенефит дури и од најмалите промени во функцијата може да биде значаен.

Доказите сугерираат дека зголемувањето на интензитетот на рехабилитацијата во раната фаза по мозочниот удар доведува до подобрување на исходот, но за ова доказите не се цврсти. Претходните студии, кои ги споредуваат различните нивоа на интензитет, користеле рехабилитација која е на пониско ниво отколку оние нивоа кои се препорачани од страна на NICE како добри стандарди кај мозочен удар.

Ако се покаже дека зголемувањето на интензитетот на рехабилитацијата кај пациентите кои се во состојба да учествуваат доведува до функционален бенефит и рентабилност, услугите за рехабилитација на мозочен удар и на тарифите за финансирање би требало да се ревидираат.

2.3 Невропсихолошки терапии

Кои интервенции на когнитивен и емотивен план даваат подобар резултат за откривање на подгрупи од пациентите со мозочен удар и на нивните семејства, односно негуватели, на различни фази од клиничкиот тек на мозочниот удар?

Зошто е ова важно

Има повеќе добро дизајнирани студии кои покажуваат дека нарушувањата на расположението, како што е депресијата и анксиозноста, се јавуваат често по мозочниот удар и може да се јават во која било фаза во текот на рехабилитациониот третман, предизвикувајќи вознемиреност кај пациентите и кај нивните семејства, односно негуватели, со негативно влијание на исходот.

Когнитивните и комуникациските нарушувања се во меѓусебно влијание со расположението и често ги соединуваат тешкотиите со можностите за компромис кај пациентите да партиципираат во стандардни психолошки третмани кои се базираат на докази. Потребата од психолошки третман кај пациентите со мозочен удар добро се препознава (на пример, од страна на 'National service framework for long-term neurological conditions'). Сепак, литературата не спроведе цврсти докази за тоа кои психолошки интервенции би биле најефикасни за различни подгрупи на пациенти.

2.4 Рамена болка

Кои пациенти со слабост на раката по мозочен удар се со ризик за развивање рамена болка? Кои стратегии на менаџирање се ефикасни во превенцијата на рамената болка од различни етиологии?

Зошто е ова важно

Рамената болка по мозочен удар е чест проблем, пресметано е дека таа со преваленцијата изнесува околу 84%. Се појавува од 2 недели до неколку месеци по мозочниот удар.

Повеќе експерти се сложуваат дека преваленцијата на раменската болка по мозочен удар е важна цел и треба да биде приоритетна цел на рехабилитацијата уште од првиот ден по мозочниот удар. Меѓутоа, начините како да се превенира болката на хемиплегичното рамо немаат универзална согласност. Ова може да се должи, делумно, на големиот спектар на откриени причини за хемиплегично болно рамо.

Поради ова, постои мало сложување во изборот на најдобар третман. Третманите вклучуваат позиционирање, поддршка на горниот екстремитет (како што се завој и ортотика), прицврстување на рамото, вежби со дијапазон на движење, ултра звук, орални нестероидни антиинфламаторни лекови, електрична стимулација за мускулната контракција, електрична стимулација за ослободување од болката (ТЕНС), хируршки третман, инјектирање стероиди интраартикуларно и инјектирање ботулинум токсин интрамускулно.

3. Други информации

3.1 Делокруг на упатството и како беше развиено упатството

NICE упатствата се развиени во согласност со делокругот кој дефинира што опфаќа, а што не опфаќа упатството.

Како беше развиено ова упатство

NICE го ополномошти Националниот центар за клиничко упатство да го развие ова упатство. Тој основа Група за развој на упатството (видете во делот 4), која ги ревидира доказите и ги развива препораките. Методите и процесите за развивање на NICE клиничките упатства се опишани во Прирачник за упатства (The guidelines manual).

3.2 Поврзани NICE упатства

Понатамошните информации се достапни на веб страницата на NICE.

Публикување

Општо

- Patient experience in adult NHS services. NICE clinical guidance 138 (2012).
- Адхеренција кон лекови. Medicines adherence. NICE clinical guidance 76 (2011).

Специфична состојба

- Falls. NICE clinical guideline 161 (2013).
- Urinary incontinence in neurological disease. NICE clinical guideline 148 (2012).
- Hypertension. NICE clinical guideline 127 (2011).
- Generalised anxiety disorder. NICE clinical guideline 113 (2011).
- Neuropathic pain. NICE clinical guideline 96 (2010).
- Depression in adults. NICE clinical guideline 90 (2009).
- Depression with a chronic physical health problem. NICE clinical guideline 91 (2009).
- Management of long-term sickness and incapacity for work. NICE public health guidance 19 (2009).
- Stroke. NICE clinical guideline 68 (2008).
- NICE clinical guideline 67 (2008).
- Type 2 diabetes. NICE clinical guideline 87 (2009).
- Faecal incontinence. NICE clinical guideline 49 (2007).
- Atrial fibrillation. NICE clinical guideline 36 (2006).
- Nutrition support in adults. NICE clinical guideline 32 (2006).

Во тек на развој

NICE ги развива следниве упатства (деталите се достапни од [веб страницата на NICE](#)):

- Neuropathic pain (ажурирано). NICE clinical guideline (се очекува публикување во октомври 2013 год.).
- Lipid modification. (ажурирано). NICE clinical guideline (датумот на публикувањето треба да се потврди).
- Type 2 diabetes. (ажурирано). NICE clinical guideline (датумот на публикувањето треба да се потврди).
- Oral health – in nursing and residential care. NICE public health guidance (датумот на публикувањето треба да се потврди).
- Workplace health – employees with chronic diseases and long-term conditions. NICE public health guidance (датумот на публикувањето треба да се потврди).

4. Група за развој на упатството, Национален центар за соработка и NICE проектантски тим

4.1 Група за развој на упатството

(15 члена, податоци за членовите може да се најдат на guidance.nice.org.uk/cg162).

4.2 Национален центар за клинички упатства

(12 члена, податоци за членовите може да се најдат на guidance.nice.org.uk/cg162).

4.3 NICE проектантски тим

(6 члена, податоци за членовите може да се најдат на guidance.nice.org.uk/cg162).

За ова упатство

NICE клиничките упатства се препораки за третманот и за заштитата/грижата на лицата со специфични заболувања и состојби во NHS во Англија и во Велс.

NICE упатствата се развиени во согласност со делокругот кој дефинира кое упатство ќе го опфати и кое упатство нема да го опфати.

Упатството е развиено од страна на Националниот центар за клинички упатства кој е дел од Кралскиот колегиум на доктори (Royal College of Physicians). Центарот работеше со Групата за развој на упатството која ја сочинуваат група професионалци за здравствена заштита (во кои беа вклучени консултанти, лекари од општа пракса и сестри), пациенти, негуватели и технички тим кој ги прегледа доказите и ги подготви препораките. Препораките беа завршени по јавна консултација.

Методите и процесот за развивање на NICE клиничките упатства се опишани во Прирачник за упатства.

Јачина на препораките

Некои препораки може да бидат создадени со повеќе сигурност отколку други. Групата за развој на упатството создава препорака која се базира на размена помеѓу придобивките и штетите од интервенцијата, земајќи го предвид квалитетот на поткрепување на доказите. За некои интервенции Групата за развој на упатството е уверена дека, штом дадените упатства се разгледани, поголем број од пациентите би избрале интервенција. Текстот кој е користен во препораките од ова упатство ја означува сигурноста со која е направена препораката (јачина на препораката).

За сите препораки NICE очекува да постои дискусија со корисниците на услугите околу ризиците и придобивките на интервенциите, нивните вредности и приоритети. Оваа дискусија има за цел да им помогне да дојдат до одлука која се темели врз целосни информации (видете, исто така, во Грижа насочена кон пациентот).

Интервенции кои мора (или кои не мора) да бидат користени

Обично, ние користиме 'мора' или 'не мора' само ако постои законска обврска за примена на препораката. Повремено користиме 'мора' (или 'не мора') ако последиците од неследењето на препораката би можело да биде исклучително сериозно или потенцијално опасно за животот.

Интервенции кои треба (или не треба) да бидат користени - 'силна' препорака

Ние употребуваме 'понудете' (и слични зборови како 'упатете' или 'советувајте') кога сме убедени дека за поголем број од пациентите, една интервенција ќе направи многу поголема корист отколку штета и би била рентабилна. Ние употребуваме слични зборови (на пример: 'не понудувајте') кога сме убедени дека интервенцијата нема да биде од корист за најголемиот дел од пациентите.

Интервенции кои би можеле да бидат користени

Ние употребуваме 'сметајте, размислувајте' кога сме убедени дека една интервенција ќе направи многу поголема корист отколку штета кај најголемиот број од пациентите и ќе биде рентабилна, но и други опции може да бидат со слична рентабилност. Изборот на интервенцијата, како и дали да има или дали да нема интервенција кај сите, најверојатно зависи од вреднувањето на пациентот и од параметрите кои не се од оние за силна препорака, така што здравствените работници треба да поминуваат повеќе време, сметајќи и дискутирајќи за опциите со пациентот.

Други верзии на ова упатство

Целосното упатство, 'Рехабилитација на мозочен удар: Долгорочна рехабилитација по мозочен удар' содржи детали за методите и за доказите кои се употребени за развивање на упатството. Тоа е објавено од страна на Националниот центар за клинички упатства.

Препораките од ова упатство се инкорпорирани во патеките на NICE.

Ние создадовме информации за јавноста за ова упатство.

Имплементација

Алатките и ресурсите за имплементација се достапни да Ви помогнат да го практикувате упатството.

Ваша одговорност

Ова упатство претставува гледиште на NICE кое е добиено по внимателно разгледување на достапните докази. Професионалците за здравствена заштита очекуваа целосно да го земат предвид при донесувањето на клиничката одлука. Сепак, упатството не ја отфрла индивидуалната одговорност на професионалците за здравствена заштита во создавањето одлуки, кои се во согласност на околностите на пациентот индивидуално, во заедничка консултација со пациентот и/или старателот или со негувателот и нивната информираност за кратката содржина на својствата на кој било лек што е разгледуван.

Имплементацијата на ова упатство е одговорност на локалните повереници и/или спроведувачи. Поверениците и спроведувачите се потсетувани дека нивна одговорност е да го имплементираат упатството во локален контекст. Во рамките на нивните обврски е да имаат долга почит кон потребата да се избегне незаконската дискриминација, да промовираат еднаквост на можностите и да поттикнуваат добри релации. Во ова упатство ништо не треба да биде интерпретирано на начин кој може да биде неприкладен во однос на придржувањето кон тие обврски.

Авторски права

© National Institute for Health and Clinical Excellence 2013. (© National Institute for Health and Care Excellence 2013). Сите права се задржани. Материјалите на NICE можат да се

користат за приватни испитувања и студии; можат да се умножуваат за едукативни цели и за цели со кои не се профитира. Умножувањето од страна на комерцијални организации или за комерцијални организации или за комерцијални цели не е дозволено без писмена дозвола од страна на NICE.

NICE контакт

National Institute for Health and Care Excellence
Level 1A, City Tower, Piccadilly Plaza, Manchester M1 4BT

www.nice.org.uk

nice@nice.org.uk

0845 003 7780

ISBN: 978-1-4731-0157-9