

Записник са састанка Републичке стручне комисије за рехабилитацију који је одржан 21. маја 2013. године са почетком у 10 сати у просторијама Института за рехабилитацију у Београду. Састанак је трајао до 11:30.

У састанку су учествовали: чланови Републичке стручне комисије за рехабилитацију: Милица Лазовић, Ивана Пертронич – Марковић, Гордана Девечерски Ивона Станковић, Александар Ђуровић, Мирјана Бошковић и Ранка Крунић – Протић.

Дневни ред:

1. Захтев сектора за здравствено осигурање и правне послове по питању стања параплегија, тетраплегија и хемиплегија, Допис бр 180 – 367/13 од 03. 04. 2013. године
2. Дефинисање појмова непокретан, полупокретан и покретан са аспекта неге потребне у Специјалним болницама за рехабилитацију
3. Разно

1. Сектор за здравствено осигурање и правне послове поставио је РСК одређена питања о стањима која се воде као параплегија, тетраплегија и хемиплегија...

Одговор:

Све дијагнозе које су наведене су симптоматске, не етиолошке.

Када постији прекид кичмене мождине, последице могу бити: **тетраплегија** (одузетост сва четири екстремитета) или **параплегија** (одузетост доњих екстремитета). По правилу моторни опоравак не постоји али се болесник, а и породица обучавају измењеним, а према сваком болеснику специфичним начинима обављања активности свакодневног живота, од трансфера из постеље у столицу, промене положаја тела, обуке одржавања личне хигијене и тд. То би значило да се болесник који је задобио акутну повреду кичмене мождине мора упутити на рехабилитациони третман да би се он и породица оспособили за његов даљи живот. Временом, могу се појавити декубитуси, контрактуре, ослабљеност преостале функционалне мускулатуре и сл. те је овим болесницима благотворна обнова рехабилитационог третмана ради одржања раније постигнутог функционалног стања. Боље функционално стање од раније постигнутог (у првој рехабилитацији, ако је рехабилитација обављена без компликација, није прекидана и сл.) није могуће.

Када су делимични прекиди кичмене мождине у питању, последице су: **тетрапареза** (делимична одузетост сва четири екстремитета) или **парапареза** (делимична одузетост доњих екстремитета), постоји могућност и каснијег опоравка.

Мора се навести да наша земља нема развијену роботичку која је један од значајних начина побољшања квалитета живота оваквих болесника.

У случају ових типова одузетости (потпуних или делимичних) које су узроковане болешћу (а не траумом), исходи опоравка или погоршања нису апсолутне категорије али је могуће написати да у случају акутног погоршања, а по смиривању акутне симптоматологије, може да постоји рехабилитациони потенцијал који би болеснику омогућио повратак на функционално стање пре погоршања. И ови болесници у свету имају користи од роботике примењене у рехабилитацији.

Контрактуре, ослабљеност преостале мускулатуре, декубитуси, се код болесника чије је стање последица трауме, не сматрају акутним стањем. Акутно стање због кога се овакав болесник прима у болницу је неко од стања везано за уринарни тракт (инфекције, бубрежна инсуфицијенција, хидронефроза...), а које може прерасти у виталну индикацију. Поред овог стања, болесник са декубитусом који му угрожава живот прима се у болницу за пластичну и реконструктивну хирургију из потенцијално виталних индикација. Ово наводимо јер је по отпуста овако функционално тешких болесника ретко да буду више икада примљени у болничку установу сем ако је наступило неко од наведених (потенцијално) акутних стања (из виталних индикација) или акутно стање (операција слепог црева, жучне кесе или нешто слично) које није у вези са основим узроком функционалне неспособности.

Други болесници који су са овим типовима одузетости или слабости, а због болести, могу бити примљени у болницу због погоршања основне болести, нпр. болесници са мултиплом склерозом.

Болесници са хемиплегијом (хемипарезом) најчешће као последицом повреде или обољења мозга (ЦВИ) имају најбољи потенцијал опоравка у прва три месеца од настанка болести, затим у шест месеци и ређе до годину дана. Познати су моторни опоравци (минимални и ретки, али често битни) и после три године.

Републичка комисија за рехабилитацију је мишљења да је у случају болесника са дијагнозама које су коментарисане, обнова рехабилитационог третмана оправдана једном у три године у трајању од три недеље.

2. Министарство здравља Србије, а и РЗЗО тражили су од РСК да се дефинишу појмови непокретан, полупокретан и покретан са аспекта неге потребне у Специјалним болницама за рехабилитацију, а ради исправног упућивања болесника на рехабилитацију у Специјалне болнице.

Војномедицинска академија је дала, након детаљне анализе, свој предлог који је делимично прихваћен (прилог у документацији РСК).

Одговор:

Непотпуне дефиниције појмова непокретан, полупокретан и покретан болесник су арбитрарне и служе као помоћ члановима Комисија РЗЗО, а као помоћ и додатак Правилнику о медицинској рехабилитацији у стационарним здравственим установама специјализованим за рехабилитацију, ради исправног упућивања болесника на рехабилитациони третман у одређене стационарне установе за рехабилитацију. Односе се само на одрасле особе.

Непокретни, полупокретни и покретни болесници који се упућују у стационарну рехабилитациону установу и квалификације које се односе на процену њиховог функционалног стања су искључиво ради утврђивања постојања услова у одређеним установама да приме оваквог болесника и да му кадровски и просторно обезбеде одговарајућу негу.

Непокретан болесник заузима пасиван став у постељи, није у стању сам да узме воду и/или храну, није у стању да се креће и обавља активности свакодневног живота. Може бити инконтинентан али није обавезно. У потпуности је зависан од неге и помоћи особља на одељењу.

Полупокретан болесник има активан став у постељи, може сам да контролише унос воде, креће се на кратке релације уз помоћ помагала или другог лица. Делимично самостално обавља активности свакодневног живота. Особље на одељењу му помаже у обављању активности свакодневног живота.

Као помоћна метода утврђивања функционалног стања болесника може се користити Бартел индекс. Према Бартел индексу сматра се да скор од 0 до 20 представља потпуну зависност, скор од 21 до 60 тешку зависност, скор од 61 до 85 умерену зависност, скор од 86 до 95 минималну зависност, а скор од 100 потпуну самосталност. По овом скору би болесници који имају резултат који се креће од 0 до 60, а по питању потребне неге, требали да се третирају као непокретни, они од 61 до 80 као полупокретни, а преко тога као покретни.

**Евалуацију пацијената уз помоћ Бартел индекса треба извршити и на почетку хоспитализације и 3 недеље од почетка третмана да би се на време планирао продужетак рехабилитације. Мишљења смо да продужетак рехабилитације треба планирати за све пацијенте који покажу функционални напредак за прве три недеље стационарне рехабилитације, али који још увек нису постигли максимални Бартел скор.**

Мора се нагласити да болесник који је према основном обољењу покретан или полупокретан али је са бројним коморбидитетима или у дубокој старости може, а некад и мора бити функционално процењен као полупокретан или непокретан.

3. Поред наведеног било је говора о потреби израде Стратегије развоја физикалне медицине и рехабилитације у Србији, а што тражи Министарство здравља.

Затим је договорено да се од РЗЗО тражи списак запослених у Специјалним

болницама, да се према томе, капацитетима, опреми и школованом кадру поново одреде индикације за упућивање болесника у Специјалне болнице за рехабилитацију.

Записник саставила  
Ранка Крунић – Протић, прим

Председник Републичке стручне Комисије за  
рехабилитацију  
Проф. др Милица Лазовић

Београд  
22. 05. 2013. године