

# ZAHTEVNOST REHABILITACIJE BOLNIŠNIČNIH PACIENTOV NA INŠTITUTU ZA REHABILITACIJO V LETIH 2001 DO 2007

## EXIGENCY OF INPATIENT REHABILITATION AT THE INSTITUTE FOR REHABILITATION, REPUBLIC OF SLOVENIA, IN THE PERIOD FROM 2001 TO 2007

asist. Nataša Puzić, dr. med.,\* prof. dr. Helena Burger, dr. med.,\*  
doc. dr. Gaj Vidmar, univ. dipl. psih.,\* Melita Marolt, dr. med.,\*\*\* Martin Zorko, dr. med.,\*  
asist. Metka Moharić, dr. med.\*

\* Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Ljubljana

\*\* Zdravilišče Laško

### Izvleček

#### Izhodišča:

Člani rehabilitacijskih timov na Inštitutu Republike Slovenije za rehabilitacijo (IRSR) v klinični praksi opazamo, da so bolezni in težave bolnikov, sprejetih na bolnišnično rehabilitacijsko obravnavo v zadnjih letih težje in bolj zapletene. Obenem zdravniki opazamo, da je v dežurstvu potrebno izvesti več posegov in reševati tudi več zahtevnejših zapletov. Namen raziskave je bil tovrstna opažanja potrditi z objektivnimi podatki.

#### Metode:

Analizo podatkov smo izvedli na podlagi 360 naključno izbranih zdravstvenih kartonov bolnikov (s po 5 bolniki, sprejetimi na posameznem oddelku; na 6 kliničnih oddelkih IRSR; v mesecih: februar, marec, september in oktober, v letih 2001, 2004 in 2007) in knjige dežurnega zdravnika, v kateri so zapisani zapleti in opravljeni posegi (september-november 2004 in 2007). Zapisali smo število diagnoz ob sprejemu, posamezne in skupno število zapletov in posegov med obravnavo.

#### Rezultati:

Število diagnoz pri posameznem bolniku je tako v letu 2004 kot v letu 2007 statistično značilno večje kot v letu 2001. Zapisano število zapletov pri posameznem bolniku je

### Abstract

#### Background:

*Rehabilitation team members at the Institute for Rehabilitation have noticed that in the recent years diseases and problems of inpatients have become more severe and complex. At the same time, the physicians have noticed an increase in the number of required interventions and complications that have been addressed when on duty. The aim of the study was to objectively confirm those observations.*

#### Methods:

*Data analysis was based on 360 randomly selected medical records (5 patients admitted to each of the six departments at the Institute in February, March, September and October in 2001, 2004 and 2007) and the »doctor on duty register« where complications and interventions are entered (from September to November in 2004 and 2007). The number of diagnoses at the admission was checked as well as all individual and the total number of complications and interventions during inpatient rehabilitation.*

#### Results:

*The average number of diagnoses increased in 2004 and 2007 compared to 2001. The number of complications per patient was higher in 2004 and 2007 than in 2001. The increase was noticed in all the departments at the Institute. The highest number of complications was observed at the*

bilo v letih 2004 in 2007 večje kot v letu 2001, a razlika ni statistično značilna. Naraščanje je opazno na vseh kliničnih oddelkih Inštituta. Največ zapletov je zapisanih na oddelku za rehabilitacijo bolnikov z okvaro hrbtenjače, najmanj pa na oddelku za (re)habilitacijo otrok. Najpogostejši zaplet je vnetje sečil. Več je težjih zapletov in zahtevnejših posegov.

### Zaključki:

V obdobju od leta 2001 do 2007 se je težavnost bolnikov povečala. Zapleti in posegi so bili v zadnjih letih bolj zahtevni.

### Ključne besede:

rehabilitacija, težavnost, zahtevnost, zapleti, posegi

*Department for rehabilitation of patients with spinal cord lesions and the lowest at the Department for (re)habilitation of children. The most frequent complication was urinary tract infection. The frequency of severe complications and demanding interventions increased.*

### Conclusions:

*In the period from 2001 to 2007 the exigency of medical cases increased. Complications and interventions have become more demanding in the recent years.*

### Key words:

*rehabilitation, severity, exigency, complications, interventions*

## UVOD

V večini razvitih držav zahodnega sveta se pričakovano trajanje življenjske dobe podaljšuje. Leta 2000 je bila v svetu vsaka deseta oseba stara najmanj 60 let, do leta 2025 pa bo po napovedih Združenih narodov skoraj tretjina evropskega prebivalstva starejša od 60 let. Tudi Slovenija sodi med države z vedno starejšim prebivalstvom. Ob koncu leta 2006 je bilo pri nas 15,9 % prebivalcev starejših od 65 let (1). Bolniki, sprejeti na rehabilitacijo, so vse starejši, zato je število pridruženih boleznih vse večje, kar neugodno vpliva na izid rehabilitacije (2).

Akutna medicinska oskrba se izboljšuje. Z zgodnjimi posegi na terenu in v akutnih bolnišnicah rešujejo življenje tudi osebam, ki pred leti zaradi zelo hudih poškodb ali zapletov boleznih niso preživele (3). Diagnostika in zdravljenje posameznih bolezenskih stanj se izboljšujeta ter osebam omogočata višjo stopnjo funkcioniranja v daljšem časovnem obdobju (4).

Zaradi krajšanja ležalne dobe v akutnih bolnišnicah lahko bolnike prej sprejmemo v rehabilitacijsko obravnavo (5). Člani rehabilitacijskih timov na Inštitutu Republike Slovenije za rehabilitacijo (IRSR) v klinični praksi opažamo, da so v zadnjem času boleznih in težave bolnikov, sprejetih na prvo rehabilitacijsko obravnavo, bolj zapletene. Bolniki so na rehabilitacijo premeščeni bolj zgodaj po nastopu akutne bolezni ali poškodbe in potrebujejo bolj intenzivno rehabilitacijsko obravnavo vseh članov tima (zdravnik, medicinska sestra, fizioterapevt, delovni terapevt, psiholog, diplomirani inženir ortotike, protetike, logoped, socialni delavec). Bolniki so tudi starejši (razen na oddelku za re-habilitacijo otrok), imajo več pridruženih boleznih in potrebujejo več različnih zdravil. Zato je obremenjenost zdravstvenega osebja večja. Obenem zdravniki opažamo, da je v dežurstvu potrebno narediti več posegov in reševati tudi več zahtevnejših zapletov.

Namen raziskave je bil tovrstna opažanja potrditi z objektivnimi podatki.

## METODE

Analizo podatkov smo izvedli na podlagi medicinske dokumentacije (zdravstvenih kartonov bolnikov) in knjige dežurnega zdravnika, v kateri so zapisani zapleti in opravljeni posegi.

Pregledali smo 5 naključno izbranih zdravstvenih kartonov bolnikov, sprejetih na posamezen oddelek Inštituta v mesecih: februar, marec, september in oktober, v letih 2001, 2004 in 2007. Skupaj smo torej pregledali 360 kartonov posameznih bolnišničnih rehabilitacijskih obravnav – prve, nadaljnje, ponovne ali obnovitvene rehabilitacije.

Zapisali smo:

1. število diagnoz ob sprejemu. Če sta bili napisani etiološka in funkcijska diagnoza, npr. zlom vretenca in paraplegija ali možganska kap in hemiplegija, smo to šteli za eno diagnozo; pri amputaciji in sladkorni bolezni smo to upoštevali kot dve diagnozi; pri amputaciji zaradi ateroskleroze pa smo to šteli za eno diagnozo, razen če je bila dokumentirana tudi okvara drugih organov, npr. narejen žilni obvod na drugem spodnjem udu, ko sta bili to dve diagnozi.
2. posamezne zaplete in posege ter skupno število zapletov in posegov, zapisanih na temperaturnem listu, v odpustnem pismu in v zapiskih srednjih medicinskih sester (SMS). Zapiski SMS niso bili priloženi k medicinski dokumentaciji za leto 2001.

Pregledali smo tudi knjigo dežurnega zdravnika za september, oktober in november za leti 2004 in 2007 (knjiga iz leta 2001 ni bila dostopna zaradi organizacijskih razlogov) ter ugotavljali:

- posamezne zaplete (novo nastala rana ali preležanina, motnje zavesti brez reanimacije, poslan na IPP zaradi zapleta, telesna temperatura povišana nad 37,9°C več kot en dan, globoka venska tromboza, padec brez poškodbe, padec s poškodbo, avtonomna hiperrefleksija, hipertenzivna reakcija, angina pectoris, akutni abdomen, akutna krvavitev iz notranjih organov, alergična reakcija, bolečine, zdravljene z intramuskularno ali intravenozno injekcijo, bolečine več kot en dan, zdravljene z dodatnimi tabletami, nemir, zdravljen z intramuskularno injekcijo, nemir več kot en dan, zdravljen peroralno, epileptični napad, težave z dihanjem, bruhanje, težave s spanjem več kot en dan, zdravljene peroralno),
- opravljene posege (reanimacija, aspiracija, katetrizacija ali menjava katetra, nastavitev infuzije, transfuzija, nadzor bilance tekočin, urejanje krvnega sladkorja več kot en dan, izpad in vstavljanje nazogastrične sonde, menjava kanile, inhalacije, kisik).

Za zbiranje in analizo podatkov smo uporabili elektronsko preglednico Microsoft® Excel (verzija 2003 SP3; Microsoft Corporation, Redmond, WA).

## REZULTATI

V tabeli 1 je prikazano v medicinski dokumentaciji zapisano povprečno število diagnoz pri posameznem bolniku ob sprejemu na posameznih oddelkih Inštituta. Število diagnoz pri posameznem bolniku je tako v letu 2004 kot v letu 2007 statistično značilno večje kot v letu 2001 ( $p < 0,01$ ).

**Tabela 1:** Povprečno število diagnoz pri posameznem bolniku ob sprejemu na posameznih oddelkih v letih 2001, 2004 in 2007, povzeto iz medicinske dokumentacije (A – Oddelek za rehabilitacijo bolnikov po amputaciji; B – Oddelek za (re)habilitacijo otrok; C – Oddelek za rehabilitacijo bolnikov po travmi, z revmatskimi obolenji in okvarami perifernega živčevja; I – Oddelek za rehabilitacijo bolnikov po nezgodni poškodbi možganov, z multiplo sklerozo in drugimi nevrološkimi obolenji; II – Oddelek za rehabilitacijo bolnikov po možganski kapi; III – Oddelek za rehabilitacijo bolnikov z okvaro hrbtenjače).

Oddelek	2001	2004	2007	Povprečje
C	3,7	4,9	5,5	4,7
II	3,2	3,9	3,1	3,4
A	2,3	3,5	3,7	3,2
I	2,4	2,1	3,6	2,7
III	2,0	2,9	3,0	2,6
B	1,6	1,5	2,1	1,7
<b>Skupaj</b>	<b>2,5</b>	<b>3,1</b>	<b>3,4</b>	

V medicinski dokumentaciji je bilo v izbranih mesecih za leta 2001, 2004 in 2007 zapisanih skupaj 518 zapletov in/ali posegov. Tabela 2 prikazuje deset najpogostejše zapisanih zapletov in/ali posegov v izbranih obdobjih treh let. Najpogostejši zaplet je vnetje sečil (54-krat; 10,4%), ki se skoraj v polovici primerov pojavlja na oddelku za rehabilitacijo bolnikov z okvaro hrbtenjače (24-krat; 4,6%).

**Tabela 2:** Najpogostejši zapleti in/ali posegi, zapisani v medicinski dokumentaciji v izbranem obdobju v posameznem letu in v vseh izbranih obdobjih treh let skupaj.

Zaplet	2001	2004	2007	Skupaj [% vseh 518]
1. Vnetje sečil	22	14	18	54 10,4%
2. Bolečine >1 dan, dodatna terapija per os	5	21	18	44 8,5%
3. Težave s spanjem >1 dan, dodatna terapija	10	12	16	38 7,3%
4. Katetrizacija ali menjava katetra	12	14	11	37 7,1%
5. Vnetje dihal	9	16	11	36 6,9%
6. Bolečine – intramuskularna ali intravenozna terapija	5	14	12	31 6,0%
7. Bruhanje	5	10	12	27 5,2%
8. Hipertenzivna reakcija	7	5	11	23 4,4%
9. Povišana telesna T >37,9°C >1 dan	4	4	10	18 3,5%
10. Urejanje krvnega sladkorja >1 dan	5	6	6	17 3,3%

Tabela 3 prikazuje pet najpogostejših zapletov in/ali posegov, ki so bili zapisani več kot enkrat, na posameznih oddelkih v vseh izbranih obdobjih.

**Tabela 3:** Najpogostejši zapleti in/ali posegi, zapisani več kot enkrat v medicinski dokumentaciji po posameznih oddelkih (število v vseh izbranih obdobjih treh let (A – Oddelek za rehabilitacijo bolnikov po amputaciji; B – Oddelek za (re)habilitacijo otrok; C – Oddelek za rehabilitacijo bolnikov po travmi, z revmatskimi obolenji in okvarami perifernega živčevja; I – Oddelek za rehabilitacijo bolnikov po nezgodni poškodbi možganov, z multiplo sklerozo in drugimi nevrološkimi obolenji; II – Oddelek za rehabilitacijo bolnikov po možganski kapi; III – Oddelek za rehabilitacijo bolnikov z okvaro hrbtenjače).

Od-delek	1.	2.	3.	4.	5.	Skupaj (% vseh 518)
III	Katetrizacija ali menjava katetra 29	Vnetje sečil 24	Bolečine - i.m. ali i.v. terapija 12	Povišana telesna T >37,9°C >1 dan 11	Bolečine >1 dan, dodatna terapija per os 8	84 16,2%
C	Bolečine >1 dan, dodatna terapija per os 16	Težave s spanjem >1 dan, dodatna terapija 14	Vnetje sečil 12	Vnetje dihal 11	Urejanje krvnega sladkorja >1 dan 6	59 11,4%
II	Vnetje sečil 16	Bruhanje 11	Hipertenzivna reakcija 9	Bolečine >1 dan, dodatna terapija per os 9	Težave s spanjem >1 dan, dodatna terapija 9	54 10,4%
I	Bolečine - i.m. ali i.v. terapija 13	Težave z dihanjem 5	Težave s spanjem >1 dan, dodatna terapija 5	Bolečine >1 dan, dodatna terapija per os 5	Epileptičen napad 4	32 6,2%
A	Bolečine >1 dan, dodatna terapija per os 6	Hipertenzivna reakcija 5	Urejanje krvnega sladkorja >1 dan 5	Težave s spanjem >1 dan, dodatna terapija 5	Bolečine - i.m. ali i.v. terapija 2	23 4,4%
B	Vnetje dihal 8	Inhalacije 2				10 1,9%

V tabeli 4 je prikazano skupno število zapletov in/ali posegov na posameznih oddelkih v letih 2001, 2004 in 2007 ter skupno število zapletov v izbranih mesecih v vseh treh letih.

**Tabela 4:** Število (in delež) zapletov in posegov v medicinski dokumentaciji po oddelkih v posameznem letu in v vseh treh letih skupaj (A – Oddelek za rehabilitacijo bolnikov po amputaciji; B – Oddelek za (re)habilitacijo otrok; C – Oddelek za rehabilitacijo bolnikov po travmi, z revmatskimi obolenji in okvarami perifernega živčevja; I – Oddelek za rehabilitacijo bolnikov po nezgodni poškodbi možganov, z multiplo sklerozo in drugimi nevrološkimi obolenji; II – Oddelek za rehabilitacijo bolnikov po možganski kapi; III – Oddelek za rehabilitacijo bolnikov z okvaro hrbtenjače).

Oddelek	2001 (% v letu)	2004 (% v letu)	2007 (% v letu)	Skupaj (% vseh)
III	53 (42,7%)	51 (26,8%)	64 (31,4%)	168 32,4%
C	23 (18,5%)	44 (23,1%)	46 (22,5%)	113 21,8%
II	21 (17,0%)	39 (29,5%)	48 (23,5%)	108 20,9%
I	12 (9,7%)	27 (14,2%)	30 (14,7%)	69 13,3%
A	10 (8,1%)	19 (10,0%)	13 (6,4%)	42 8,1%
B	5 (4,0%)	10 (5,3%)	3 (1,5%)	18 3,5%
<b>Skupaj (% vseh)</b>	<b>124 (23,9%)</b>	<b>190 (36,7%)</b>	<b>204 (39,4%)</b>	<b>518</b>

V knjigi dežurnega zdravnika so zapleti zapisani za posameznega bolnika, ne pa za oddelek. V tabeli 5 je predstavljenih deset najpogostejših, v knjigi dežurnega zdravnika zapisanih, zapletov v izbranih mesecih v letih 2004 in 2007.

**Tabela 5:** Najpogostejši zapleti in/ali posegi, zapisani v knjigi dežurnega zdravnika (osenčeni zapleti/posegi so opredeljeni kot težji).

Zaplet	2004	Št. (% vseh 176)	2007	Št. (% vseh 219)
1.	Hipertenzivna reakcija	23 (13,1%)	Bruhanje	25 (11,4%)
2.	Padec brez poškodbe	18 (10,2%)	Padec brez poškodbe	24 (11,0%)
3.	Katetrizacija ali menjava katetra	17 (9,7%)	Hipertenzivna reakcija	12 (5,5%)
4.	Bruhanje	14 (8,0%)	Nastavitev infuzije	11 (5,0%)
5.	Padec s poškodbo	11 (6,2%)	Urejanje krvnega sladkorja >1 dan	10 (4,6%)
6.	Vnetje dihal	9 (5,1%)	Izpad in vstavev nazogastr. sonde	10 (4,6%)
7.	Motnje zavesti brez reanimacije	8 (4,5%)	Katetrizacija ali menjava katetra	9 (4,1%)
8.	Urejanje krvnega sladkorja >1 dan	8 (4,5%)	Poslan na IPP zaradi zapleta	8 (3,6%)
9.	Težave z dihanjem	7 (4,0%)	Terapija s kisikom	8 (3,6%)
10.	Nemir - i.m terapija	5 (2,8%)	Vnetje sečil	8 (3,6%)

## RAZPRAVA

V zadnjih letih člani rehabilitacijskih timov na IRSR opažamo, da so boleznin in težave bolnikov, sprejetih na bolnišnično rehabilitacijo, težje in bolj zapletene. Obenem zdravniki v dežurstvu opažamo, da je zaradi večjega števila težavnejših zapletov potrebno izvesti tudi več posegov. S to raziskavo smo hoteli opažanja tudi objektivno potrditi.

Število diagnoz pri posameznem bolniku je tako v letu 2004 kot tudi v letu 2007 statistično značilno večje kot v letu 2001. Zapisano število zapletov pri posameznem bolniku je bilo v letih 2004 in 2007 večje kot v letu 2001, a razlika ni statistično značilna (6). Glede na naraščanje števila diagnoz in zapletov lahko sklepamo, da so bolniki, sprejeti na rehabilitacijo, težji.

Naraščanje povprečnega števila diagnoz je v primerjavi z letom 2001 opazno na vseh oddelkih (tabela 1). Vendar se hkrati postavlja vprašanje, ali je morda število diagnoz naraslo tudi zaradi boljšega oziroma bolj sistematičnega zapisovanja diagnoz po Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10). Največ zapisanih diagnoz v letu 2007 imajo bolniki na oddelku za rehabilitacijo bolnikov po travmi, z revmatskimi obolenji in okvarami perifernega živčevja (5,5 na bolnika), za približno tretjino manj pa bolniki na oddelku za rehabilitacijo bolnikov po amputaciji (3,7) in na oddelku za rehabilitacijo bolnikov po nezgodni poškodbi možganov, z multiplo sklerozo in drugimi nevrološkimi obolenji (3,6). Najmanj diagnoz imajo otroci na oddelku za (re)habilitacijo otrok (2,1), kar pa še ne pomeni, da so to 'lažji' bolniki, saj npr. diagnozi 'cerebralna paraliza' ali 'nezgodna možganska poškodba' obsegata vse, od blagih do zelo resnih težav, ki jih otrok lahko ima.

V zdravstvenih kartonih 360 bolnikov je bilo v izbranih obdobjih zapisanih skupaj 518 zapletov in/ali posegov. Najpogostejši zaplet je vnetje sečil (tabela 2). Na vseh oddelkih je v primerjavi z letom 2001 očitno naraščanje števila zapletov in posegov (tabela 4), kar kaže na to, da so bolniki, sprejeti na rehabilitacijo, s stališča medicinske oskrbe zahtevnejši.

Med zapleti, zapisanimi v knjigi dežurnega zdravnika, so v obeh izbranih letih na prvih mestih hipertenzivna reakcija, padci brez poškodbe, bruhanje. V letu 2007 so med najpogostejšimi zapleti in/ali posegi tudi izpad in vstavev nazogastrične sonde, terapija s kisikom, nastavitev infuzije (morda tudi v povezavi z najpogostejše med pisanim zapletom - bruhanjem) in urgentna premestitev bolnika na Internistično prvo pomoč (IPP) v Univerzitetni klinični center Ljubljana, kar vse kaže na večjo težavnost bolnikov.

Zahtevnejši zapleti in posegi ne zavzemajo prvih mest na seznamu najpogostejših zapletov v zdravstvenih kartonih, vendar so le-ti največkrat razlog za napotitev na IPP, npr. akutni miokardni infarkt, septično stanje, respiratorna insu-

ficienca, sinkopa, akutna ledvična odpoved, pankreatitis, pljučnica. Kot drugi pomembni zapleti so bili zapisani še: akutna ishemija spodnjega uda, hemoptiza, apendicitis, hipoglikemična reakcija z motnjo zavesti, diareja ter v letu 2004 dvakrat smrt. Reanimacija v izbranih kartonih in dokumentaciji ni bila zapisana.

Vse več bolnikov je na rehabilitacijo sprejetih s stalnim urin-  
skim katetrom (SUK), ki ga je zaradi okužbe ali zamašitve treba zamenjati, po odstranitvi SUK je zaradi zastoja seča pogosto potrebno izvesti katetrizacijo (tabela 2). Opisani zapleti s SUK so v ospredju na oddelku za rehabilitacijo bolnikov z okvaro hrbtenjače, nekoliko manj pogosto pa tudi na oddelku za rehabilitacijo bolnikov po možganski kapi in na oddelku za rehabilitacijo bolnikov po travmi, z revmatskimi obolenji in okvarami perifernega živčevja (tabela 3).

Vse pogosteje in na vseh oddelkih, razen na oddelku za (re)habilitacijo otrok, zapisan zaplet so bolečine, ki zahtevajo predpisano dodatno peroralno ali parenteralno analgetično terapijo. Bolečine so pogost zaplet pri osebah po poškodbi in/ali operativnem posegu (npr. po zlomu kosti in poškodbi mehkih tkiv, po amputaciji) ali po okvari osrednjega živčevja (npr. bolečina v rami na okvarjeni strani po možganski kapi). Bolečine omejujejo bolnikovo zmožnost doseganja največjega funkcijskega potenciala ter ovirajo potek rehabilitacije (7-9).

Hipertenzivna reakcija (epizoda porasta sistolnega krvnega tlaka nad 180 mm Hg) in neurejenost nivoja krvnega sladkorja sta najpogosteje zapisana zapleta na oddelku za rehabilitacijo bolnikov po možganski kapi in na oddelku za rehabilitacijo bolnikov po amputaciji. Na obeh naštetih oddelkih je v bolnišnični rehabilitaciji največ bolnikov s srčnožilnimi boleznimi in sladkorno boleznijo. Epileptični napad je najpogosteje zapisan zaplet na oddelku za rehabilitacijo bolnikov po nezgodni poškodbi možganov, z multiplo sklerozo in drugimi nevrološkimi obolenji (tabela 3).

V vseh treh letih je največ zapletov in posegov zapisanih na oddelku za rehabilitacijo bolnikov z okvaro hrbtenjače, od teh je polovica povezanih z oskrbo in okužbami sečnih poti (tabeli 3 in 4). Najmanj zapletov in posegov je zapisanih na oddelku za (re)habilitacijo otrok. Vrsten red deleža zapletov in posegov na posameznih oddelkih ostaja od leta 2001 do 2007 skoraj enak (tabela 4).

V naši raziskavi nismo imeli ocen funkcijskega stanja bolnikov (z Lestvico funkcijske neodvisnosti - FIM) ob sprejemu in odpustu za vse oddelke na Inštitutu za leti 2001 in 2004. Nižje vrednosti FIM ob sprejemu in s tem povečanje zahtevnosti rehabilitacije bolnikov z možgansko kapjo in multiplo sklerozo od septembra 2004 do septembra 2006 v primerjavi s podatki mednarodne raziskave od septembra 1999 do septembra 2000 smo dokazali v predhodni študiji (10). Vendar kljub dokazano nižjim vrednostim FIM ob sprejemu, v zadnjih letih v ospredje prihaja problem ovre-

dnotenja težavnosti oz. zahtevnosti bolnikov samo z oceno funkcijskega stanja z lestvicami (s FIM ali z drugimi) in/ali uvrstitev bolnika v določen funkcijski razred (FIC) ob sprejemu in odpustu, saj tako ne dobimo podatkov o spremembah zdravstvenega stanja med rehabilitacijo in s tem o morda večji zahtevnosti obravnave.

Kateri kriteriji so torej lahko kazalci težavnosti ali zahtevnosti rehabilitacije? Samo število diagnoz ob bolnikovem sprejemu in odpustu ne daje podatkov o težavnosti posameznih diagnoz. Število spremljajočih boleznih ne pove, kolikšen vpliv imajo le-te na bolnikovo funkcijsko stanje. Skupno število zapletov bi dodatno potrebovalo tudi opredelitev pogostosti in težavnosti posameznega zapleta. Ocenjevanje z eno ali več funkcijskimi lestvicami bi bilo potrebno izvajati pogosto med celotnim potekom rehabilitacije. Morda bi morali biti vsi naštetih in še drugi dodatni kriteriji kazalci težavnosti rehabilitacijske obravnave. Prav tako bi moral biti sistem zapisovanja vseh zapletov in posegov poenoten za celo zdravstveno ustanovo in dosledno izpeljan. Kot možnost se ponuja sistem kliničnih poti. Podatke bi bilo potrebno redno in sistematično zbirati ter analizirati, da bi lahko še bolj natančno opredelili in spremljali težavnost rehabilitacije bolnikov.

## ZAKLJUČEK

V obdobju od leta 2001 do 2007 se je težavnost bolnikov, ki so bili deležni celostne rehabilitacijske obravnave na IRSR, povečala. V letih 2004 in 2007 je bilo število diagnoz pri posameznem bolniku ob sprejemu in zapletov ter posegov, zapisanih v medicinski dokumentaciji in v knjigi posegov dežurnega zdravnika, pomembno večje na vseh kliničnih oddelkih. Zapleti in posegi so bili v zadnjih letih bolj zahtevni.

## Literatura:

1. [http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?ID=1180](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?ID=1180) Internet; dostopno 16.04.2009.
2. Campbell JW, Degolia PA, Fallon WF, Rader EL. In harm's way: Moving the older trauma patient toward a better outcome. *Geriatrics* 2009; 64(1): 8-13.
3. Bulger EM, Nathens AB, Rivara FP, Moore M, MacKenzie EJ, Jurkovich GJ; Brain Trauma Foundation. Management of severe head injury: institutional variations in care and effect on outcome. *Crit Care Med* 2002; 30(8): 1870-6.
4. Javouhey E, Guérin AC, Martin JL, Floret D, Chiron M; the SERAC group. Management of severely injured children in road accidents in France: Impact of the acute care organization on the outcome. *Pediatr Crit Care Med* 2009 Feb 27 [ahead of print].
5. Kosar S, Seelen HA, Hemmen B, Evers SM, Brink PR. Cost-effectiveness of an integrated 'fast track' rehabilitation service for multi-trauma patients involving dedicated early rehabilitation intervention programs: design of a prospective, multi-centre, non-randomised clinical trial. *J Trauma Manag Outcomes* 2009; 3: 1.
6. Vidmar G. Primer uporabe najpreprostejšega statističnega testa: ali se zahtevnost rehabilitacije bolnišničnih pacientov povečuje? *Rehabilitacija* 2008; 7(2): 8-11.
7. Bränström H, Fahlström M. Kinesiophobia in patients with chronic musculoskeletal pain: differences between men and women. *J Rehabil Med* 2008; 40(5): 375-80.
8. Suethanapornkul S, Kuptniratsaikul PS, Kuptniratsaikul V, Uthensut P, Dajpratha P, Wongwisethkarn J. Post stroke shoulder subluxation and shoulder pain: a cohort multicenter study. *J Med Assoc Thai* 2008; 91(12): 1885-92.
9. Aras MD, Gokkaya NK, Comert D, Kaya A, Cakci A. Shoulder pain in hemiplegia: results from a national rehabilitation hospital in Turkey. *Am J Phys Med Rehabil* 2004; 83(9): 713-9.
10. Vidmar G, Burger H, Marinček Č. Time-trend in ability level of stroke and multiple sclerosis patients undergoing complex rehabilitation in Slovenia. In: Marinček Č, Burger H, eds. 7th Mediterranean Congress of Physical and Rehabilitation Medicine: book of abstracts, Portorož, Slovenia, September 18-21, 2008. Ljubljana: Institute for Rehabilitation, Republic of Slovenia, 2008: 110.