

Integrált rehabilitációs ellátás I. – hazai előzmények, erősségek, gyengeségek

Integrated service provision in rehabilitation medicine I. – national background, strengths, weaknesses

Dr. Cserhádi Péter^{1,2}, Dr. Kullmann Lajos³, Dr. Dénes Zoltán^{4,2}

¹Pécsi Tudományegyetem, Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina önálló Tanszék, Pécs, Országos Mozgásszervi Intézet (OMINT)

²Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest (OORI),

³Eötvös Loránd Tudományegyetem, Gyógy pedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézet, Budapest

⁴Semmelweis Egyetem, Rehabilitációs Medicina Tanszék, Budapest, Országos Mozgásszervi Intézet (OMINT)

Levelező szerző: Cserhádi Péter 1528 Budapest, Szanatórium út 19. +36 30 290 4403, +36 1 391 1901 Cserhati.Peter@omint.hu

A rehabilitációs ellátás hazánkban jellemzően kórházakban, fekvőbeteg formában történik. A rehabilitációban tevékenykedő szakemberek és kollégák évtizedekkel ezelőtt felismerték, hogy a társadalom idősödése, a krónikus egészségi állapotok gyakoribbá válása miatt a szükségletek ilyen módon nem lesznek kielégíthetők, ezért kísérleti lakóközösségi rehabilitációs programokat indítottak. Jelentős tapasztalat a közösségi pszichiátria területén alakult ki. Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Rehabilitációs Tagozata és Tanácsa Rehabilitációs Ellátási Programokat fejlesztett, amelyek az optimális betegutakat mutatják be. Az ezekkel kapcsolatos bizonyítékokat szakkönyv foglalja össze. Az egészségügyi ellátás reformja aktualitást ad az eddigi tapasztalatok feldolgozásának, a rendelkezésre álló erőforrások, valamint a közösségi rehabilitációs programok fejlesztését támogató, illetve akadályozó tényezők számbavételének. A Rehabilitációs Ellátási Programok fejlesztése többszöri tesztelési fázis alapján készült el, a betegutak mellett a szakmai elvárásokat és az eredményesség felmérésére ajánlott módszereket is tartalmazzák. A jelen helyzet adatainak bemutatása az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program, illetve a Nemzeti Egészségbiztosítás Alapkezelő adatai alapján történik. Ezekben az ellátás területi egyenetlensége és a fekvőbeteg ellátás dominanciája látszik. A rehabilitációs képzésben az utóbbi időben kedvező változások történtek. A közösségi rehabilitáció fejlesztésében felhasználhatók a praxisközösségi modellprogramok eredményei, a kommunikációt jól támogathatja az Egészségügyi Elektronikus Szolgáltatási Tér. Jelen tanulmány korlátja, hogy nem sikerült teljeskörű adatokat gyűjteni. Az érintett lakosság preferenciái sem ismertek. Következtetésként megállapítható az elmagányosodás növekedése, a szociális ellátórendszer átalakulása, mind a vertikális, mind a

horizontális integráció szükségessége és a házi orvos kapuóri szerepének javítása, amihez célzott edukációs programok is szükségesek.

Kulcsszavak: fogyatékossgal élő emberek, ellátási útvonalak, közösségi rehabilitáció, ellátás biztonsága, rehabilitációs ellátási programok, erőforrások

Provision of hospital-based rehabilitation services are typical for Hungary. Professionals working in rehabilitation medicine have recognized some decades ago that due to ageing of the society and increasing frequency of chronic health conditions the needs will not be met by the existing services. Experimental community-based rehabilitation services have been initiated in cooperation with World Health Organization European Office. Important and promising experiences have been gathered in the field of community psychiatric rehabilitation services. Rehabilitation Medicine Division and Council of the Healthcare Professional Board have developed Rehabilitation Care Programmes. Those also include recommended optimal care pathway for different health conditions. Evidence of the Rehabilitation Care Programmes have been collected and published in a handbook. The ongoing health care reform in Hungary calls for summarizing earlier experiences and review of available resources as well as strengths and weaknesses supporting or hindering the development of community-based rehabilitation services. The Rehabilitation Care Programmes have been developed on basis of multiple test phases where significant number of hospital rehabilitation wards from different service levels and territorial regions of Hungary have been participated. Beside suggested care pathways basic conditions of rehabilitation care services

as well as recommended methods of effectiveness evaluation of service provision are part of the programme descriptions. Introduction of present situation is based on data of the National Statistical Data-Collection Programme in rehabilitation medicine and data provided by the National Health Insurance Fund. Our findings demonstrate the dominance of hospital-based service provision and the unequal availability of services by regions. Several favourable changes have occurred at the training in rehabilitation of medical students and other students of professionals employed in rehabilitation medicine, like physiotherapists and psychologists. Experiences gained in recent primary-care practice fellowships have also brought useful information in development of community-based rehabilitation services. Communication of different healthcare providers is supported by the e-Health Care Cloud Hosting. Authors regard as limitation of their study the inability of providing a full-scale data base. Preferences of the effected population remained unknown as well. As conclusion we can confirm the growing isolation of elderly population, the social care services are experiencing reorganization and modifications. Those features call for both vertical and horizontal coordination among all care providers with a potential role in rehabilitation, as well as strengthening the gate-keeper function of general practitioners. The latter need calls for goal-oriented education programmes.

Keywords: persons with disability, care pathways, community-based rehabilitation, safety of care, rehabilitation care programmes, resources

BEVEZETÉS

A rehabilitációs medicina (az Európai Unió országainak többségében fizikális és rehabilitációs medicina) definícióját a szakterület európai Fehérkönyve tartalmazza. E szerint a rehabilitációs medicina az orvostudomány önálló diszciplínája, szemléletében egységes, interdiszciplináris klinikai szakterület. Tevékenysége az egészségkárosodás miatt fogyatékos vagy a fogyatékoság szempontjából fokozottan veszélyeztetett személyek funkcióképességének optimalizálására irányul. A képességek fejlesztése a környezettel való kölcsönhatás figyelembevételével, specifikus módszerek alkalmazásával, multiprofessionális team munka formájában történik, reálisan kitűzhető rehabilitációs cél(ok) érdekében, nagy mértékben építve a páciens tevételes részvételére a program során. Tevékenysége tehát nem a károsodott szervekre, hanem a fogyatékosággal élő, valamint krónikusan beteg emberre irányul, az ellátás valamennyi szintjén az aktív ellátástól a rehabilitációs intézeti, ambuláns ellátáson át a közösségi rehabilitációig. [1]

A lakosság idősödésével, a gyakoribbá váló funkciókárosodásaik miatt, vagy azok megelőzése érdekében az integrált betegút szervezés szerepének növekedésére lehet számítani. A fejlett világban az idősödő populáció számára különösen hátrányos még a fokozódó elmagányosodás is. Ez volt az egyik leglényegesebb megállapítása a több, mint 5000 európai

csípőtáji törött ellátását és rehabilitációját elemző európai elemzésnek (Standardization of Hip Fracture Treatment in Europe, SAHFE). A kevésbé fejlett intézményi rehabilitációs lehetőségekkel rendelkező dél-európai nagy családos modell mellett a sérülés után több volt a panasz négy hónappal, de szignifikánsan magasabb volt a túlélés, mint a családi háttér híján elsősorban a jól szervezett rehabilitációs intézményi hálozatra építő Nyugat- és Észak-Európában. [2,3]

A lakóhely közeli rehabilitáció alapelveit az akkor még Magyarországon alig ismert szakterület hazai művelői már az 1980-as évek elején felismerték, képzési tematikájuk részévé tették és különösen az idős, fogyatékosággal élő lakosság növekedése miatt szorgalmazták a közösségi rehabilitációs lehetőségek kialakítását. Ennek érdekében ismertették a rehabilitációs ellátás szervezésének elveit és lehetőségeit. Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet (OORI) a WHO Európai Regionális Irodájának közösségi rehabilitációt fejlesztő munkájában kollaboráló központként vett részt. Az 1990-es évek elején a WHO Magyarországi Irodájának támogatásával indítottak pilot programokat, melyek eredményeiről beszámoltak. [4,5] Az évtized közepén a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai Klinikája Közösségi Pszichiátriai Centrumot hozott létre, ami azóta is folyamatosan működik. Az ellátást bizonyítékokra alapozottan fejlesztik tovább, eredményeiket monitorozzák. [6,7] Mások kedvező hazai tapasztalatokról számoltak be a járóbeteg ellátásként végzett kardiológiai rehabilitációról. [8] Alapellátási szinten csak azután kezdődtek el rehabilitációs tevékenységek, miután a házi ápolási szolgálatok gyógytornászt és logopédust is alkalmazhattak.

Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Fizikális Medicina, Rehabilitáció és Gyógyászati Segédeszköz Tagozat és Tanács és jogelődje (a továbbiakban: szakmai tagozat) további szakemberek bevonásával kidolgozta és folyamatosan továbbfejlesztette a „Rehabilitációs ellátási programokat” (REP), amelyek tartalmazzák többek között az ellátás különböző szintjeinek feladataira, a betegút tervezésére tett javaslatokat, valamint az ellátás eredményességének felmérésére alkalmas eszközöket is. [9] A fejlesztés az elérhető bizonyítékok alapján készült. A különböző egészségi állapotokban a rehabilitációban alkalmazott eljárásokra, beavatkozásokra vonatkozó bizonyítékok szakkönyvben jelentek meg. [10] A Magyar Rehabilitációs Társaság évenkénti vándorgyűlésein előadások, illetve szakmapolitikai kerakasztal programja volt a rehabilitációs betegút szervezés kérdése. Mindezek szükségszerű velejárója volt a szakirodalom folyamatos követése.

CÉLKITŰZÉS

Jelen közlemény célja, hogy a korábbi tapasztalatok, fejlesztések és a jelenlegi hazai ellátási helyzet felmérése alapján ismertesse az integrált betegútszervezésnek a rehabilitációs medicinában releváns szempontjait. A közlemény írásának aktualitást adott az egészségügyi kormányzat egészségügyi reformterveinek megismerése. A szerzők eredményeikkel hozzá kívánnak járulni a szakterületüket is érintő változások tervezéséhez.

ADATOK ÉS MÓDSZEREK

A szakmai tagozat gondozásában 2010-ben megjelent a Rehabilitációs Ellátási Programok (REP) Kézikönyve (a továbbiakban Kézikönyv). Ebben a rehabilitációs ellátások szervezésének, a betegutak kialakításának és az egyének állapotának súlyosságához – ezáltal rehabilitációs szükségletének összetettségéhez és a betegek ellátásának biztonságosságához – igazodó ellátórendszeri feltételeket határoztak meg. [11] A Kézikönyvben foglaltaknak megfelelően módosult az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet 2. melléklete, majd az egészségügyi törvényben is megjelent az egyes programokra történő utalás. Ezt követően a NEAK és a szakmai tagozat együttműködve, a szakmai előírásokat és a finanszírozási szabályokat is szem előtt tartva kidolgozták ezen egészségügyi ellátási forma finanszírozásának elszámolása alapjául szolgáló új kódolási rendszert.

Az első tesztelési időszak 2016. januártól hat hónapon keresztül tartott. A próbaszakaszba az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet (OORI) által koordinált pályázati eljárás keretében lehetett bekerülni. Összesen 32 intézmény 42 szervezeti egységével vett részt ezen tesztidőszakban. A tapasztalatok alapján mind a Kézikönyv, mind a besorolási algoritmus átdolgozása megkezdődött. Közel másfél éven keresztül a szakma az egészségbiztosítóval folyamatosan egyeztetett a változásokról, majd 2018-ra elkészült a Kézikönyv felülvizsgált verziója és a besorolási algoritmus átdolgozása is megtörtént. Ezt követően 2018. március 1-jével egy újabb fél éves próbaszakasz indult 31 egészségügyi szolgáltató 46 osztályával.

Ennek alapján a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) segítségével elkészült egy jogszabálytervezet, mely valamennyi rehabilitációs – a pszichiátriai, addiktológiai és nappali ellátást végzők kivételével – szervezeti egység számára új kódolási kötelezettséget írt elő. Így rögzíteni kell a tervezett REP ellátás kódját, a tervezett REP ellátás típusát (programozott, vagy elsőbbségi rehabilitáció), felvételtör és távozáskor 10-10 kódot a Funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO) [12] alapján megadott számú funkcionális teszt eredményét a felvételtör és az elbocsátáskor, valamint a beteg terápiája során elvégzett terápiás beavatkozásokat (mint például gyógytorna, logopédia stb.). 2019 őszétől a NEAK utasítás alapján indult meg a kötelező kódolás, de a jogszabályi háttér, a 26/2021. (VI. 28.) EMMI rendelet (a gyógyító-megelőző ellátás jogcímén az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható rehabilitációs ellátási programcsoportok kódolási szabályairól) csak 2021. nyarán vált hatályossá. Ekkorra már a COVID pandémia miatt a rehabilitációs osztályok átalakulása vagy kapacitáshiánya, illetve a veszélyhelyzet miatt bevezetett fix díjas intézmény finanszírozás nem tette lehetővé, hogy jó minőségű és számonkérhető kódolási tevékenység folyjon. A pandémia lecsengése és a teljesítmény finanszírozás visszaállítása után várható a folyamat újraéledése.

A rehabilitációs fekvőbeteg ellátásról az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (OSAP) keretén belül a Nemzeti Erőforrás Minisztérium által elrendelt 1620/09. nyilvántartási számú adatgyűjtés adatlapjainak feldolgozásával rendelkezünk adatokkal, amelyet az OORI Módszertani Osztálya végez el, és készít évente összefoglalót. [13] Jelenleg a 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelet, az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályairól szóló jogszabály rendeli el az adatok gyűjtését. A REP szerinti besorolásban történő adatgyűjtés a 2013. évtől került bevezetésre.

Az 1975-ben megalapított OORI szakmai irányításával alakult ki az országot lefedő rehabilitációs hálózat az 1980-as évektől fokozatosan. Az országos ellátás kiépülése a fekvőbeteg ágyszám növekedésével jól követhető. Az országos ágyszám 1978-ban 682 volt, ha az ágyak számának növekedését figyeljük tíz éves periódusban, akkor folyamatos emelkedést látunk 1320, 2941, 4312, így 2016-ra már 6633 lett a korábban mozgásszervinek nevezett, de pontosabban neuro-muszkuloszkeletális betegcsoport rehabilitációját végző fekvőbeteg ágyak száma az országban. A jelenlegi szakmai struktúrában, a COVID pandémia előtti utolsó évben, 2019. végén közel 15 000 ágy szolgálta a rehabilitációs fekvőbeteg-ellátás igényeit, a részletes adatokat az 1. táblázat mutatja be. A rehabilitációs tevékenység Magyarországon döntően a fekvőbeteg-ellátásban történik, különösen a korábban mozgásszervi rehabilitációnak nevezett neuro-muszkuloszkeletális betegcsoport esetében. A 6993 nem kiemelt ilyen kórházi ágy mellett mindössze 312 nappali kórházi ágyon látnak el betegeket. A kórházakban a betegek ellátása általában vegyes profilú rehabilitációs osztályokon, ambulanciákon történik, kivéve az országos intézetet (OORI) és még néhány osztályt, ahol valamelyik betegcsoportra specializálódtak pl.: súlyos agysérültek, gerincvelősérültek, szepikus ízületi betegek vagy amputáltak. A nagyobb városi vagy területi kórházak általában önálló rehabilitációs osztállyal rendelkeznek, de rehabilitációs szak-kórházak is működnek. A rehabilitáció területén a jelenlegi szakmakódokat szintén az 1. táblázat mutatja be.

Az OSAP jelentések alapján készült OORI adatbázis szerint 2019. évben a fekvőbeteg-ellátás keretében rehabilitációs alaptervékenység (neuro-muszkuloszkeletális) ellátást összesen 95 693 esetben végeztek. [13]. Az átlagos ágykihasználtság 87%, a halálozás országosan 0,33% volt, nem haladta meg a szakmai kollégium által elfogadhatónak javasolt értéket (2%). A betegcsoportok szerinti megoszlás: 47% degeneratív ízületi bántalmakban (arthrosis) szenvedők, 20% idegrendszeri károsodás következtében kialakult fogyatékoság miatti rehabilitáció (neuro-rehabilitáció, ennek nagyobb része a stroke és következményei 14%), degeneratív kórképek miatt elvégzett műtétek utáni rehabilitáció 13%, baleseti sérültek 9%. Az esetek több mint fele (58%) került programozott ellátásra, míg az akut ellátást követő rehabilitáció aránya közel 40%. Ez utóbbi kiemelten fontos terület, mert nem halasztható tevékenység, és az akut osztályokról, vagy akár az intenzív osztályról idővesztés nélkül lehet rehabilitációra átkerülni, hogy a betegellátás folyamatos legyen, másodlagos károsodások ne alakuljanak ki.

Szakmakód	Rehabilitációs tevékenység	Ágyszámok
2200	rehabilitációs medicina alaptevékenység	7163*
2206	súlyos agykárosodottak rehabilitációja	158
2207	gerincvelő károsodottak rehabilitációja	102
2208	politraumatizáltak, égésbetegek és szeptikus sebészeti betegek rehabilitációja	153
2205	gyermek rehabilitáció	184
2209	súlyos központi idegrendszeri károsodottak, politraumatizáltak és égésbetegek rehabilitációja gyermekkorban	45
1903	pulmonológiai rehabilitáció	774
4003	kardiológiai rehabilitáció	1740
1804	felőtt pszichiátriai rehabilitáció	3546
1806	felőtt addiktológiai rehabilitáció	846
2301	gyermek pszichiátriai rehabilitáció	101
2303	gyermek addiktológiai rehabilitáció	65

* benne már külön szakmakóddal nem rendelkező 20 mozgásszervi és 150 gasztroenterológiai rehabilitációs ágy

1. táblázat

Rehabilitációs tevékenységek és kapacitások Magyarországon 2019-ben (forrás: saját szerkesztés)

A finanszírozás napidíjas rendszerű, jelenleg a betöltött ágyra számított rehabilitációs szorzó 2, vagy 4,2 szeres, és a napidíj 6600 Ft.

EREDMÉNYEK

Az egyes hazai rehabilitációs ellátási programok szerkezete az alábbi fő pontokat tartalmazza. [9]

1. a páciensek állapotának jellemzése és az egyes állapotok erőforrás szükséglete,
2. a betegutak leírása,
3. a rehabilitációs ellátóhelyre vonatkozó elvárások,
4. a rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban (a NEAK honlapján közzétett szabályozás szerint),
5. a rehabilitáció eredményességének értékelése (bent a funkcióképesség felmérésének javasolt módszerei és szociális jellemzők is).

A felsorolásból látható, hogy a REP-ek az ellátás minőségének és biztonságának a fejlesztését is támogatják. A rehabilitációs kapacitásokat, az ellátásban részesült ellátási eseteket, az ellátás formáját (fekvőbeteg, nappali kórházi, járóbeteg) a magyarországi régiók szerint a 2. táblázat mutatja be. Az egyes régiók feltüntetett lakosság számának alapján a régiók közötti aránytalanságok is megfigyelhetők.

A nappali kórházi ellátásban átlagosan 15 beteget kezeltek egy férőhelyen 2019-ben, ami a típusos három hetes periódusokkal csak kissé marad el a lehetséges maximális kihasználtságtól. A járóbeteg szakellátásban viszont az összesített szakorvosi és nem szakorvosi heti óraszámra jutó beteg forgalom (47 eset) kifejezetten alacsonynak mondható. Ennek okai között az adott intézmény járóbeteg finanszírozási volumenkorlátja, a közlekedési nehézségek és egyéb okok is szerepelhetnek, amelyek további vizsgálatot tesznek indokolttá.

Bizonyos rehabilitációs tevékenységre a közelmúltban indított praxisközösségi modellekben is volt lehetőség. (SH8/1 Svájci-Magyar Alapellátás fejlesztési Modellprogram és az EFOP 1.8.0 módszertani program alprogramja, az EFOP-VEKOP praxisközösségi program EFOP 1.8.2.-VEKOP-7.2.3.-17). Dózsa és munkatársai vizsgálatai szerint az elsősorban szűrési és prevenció célból alkalmazott szakdolgozók - dietetikus, gyógytornász és egészségügyi szakpszichológus munkatársak - terápiás/rehabilitációs szolgáltatások nyújtására is képesek voltak. [14] A tevékenységek között megemlítik, hogy figyelték a lakosság szociális szükségleteire is. Mindezeket a fejlesztéseket a résztvevő lakosság kedvezően értékelte. A modellprogramok rámutattak az emelt szakápolói szükségletre és a képzés fontosságára is.

Régió	Fekvőbeteg ellátás			Nappali kórházi ellátás			Járóbeteg ellátás				A régió lakosainak száma
	Osztályok száma	Ágyak száma	Távozott betegek száma	Nappali kórházak száma	Férőhelyek száma	Ellátott betegek száma	Szakrendelések száma	Heti szakorvosi óraszám	Heti nem szakorvosi óraszám	Ellátott esetszám	
Dél-Alföld	14	583	8 279	5	65	1126	12	198	49	13 527	1 237 000
Dél-Dunántúl	15	728	10 040	-	-	-	16	183	420	20 529	879 596
Észak-Alföld	12	690	10 591	3	57	928	15	120	185	15 120	1 451 000
Észak-Magyarország	17	861	12 143	3	59	1168	17	231	95	19 577	1 126 000
Közép-Dunántúl	12	546	7 086	2	22	351	9	126	357	11 218	1 058 000
Közép-Magyarország	41	1 988	24 192	6	67	605	30	541	270	39 557	3 031 000
Nyugat-Dunántúl	21	1 518	23 362	2	42	562	14	159	40	19 229	989 343
ÖSSZESEN	132	6 914	95 693	21	312	4740	113	1 558	1 416	138 757	9 771 939

2. táblázat

A neuro-muszkuloszkeletális rehabilitációs ellátás kapacitási és igénybevételi adatai Magyarországon és a lakosság szám, régióként, a COVID járvány előtti utolsó évben, 2019-ben. Az ellátott esetszám az összes ellátási esemény számát jelzi, nem az ellátásban részesülő személyek számát. (forrás: Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program, saját szerkesztés)

Az utóbbi években jelentős fejlődés tapasztalható a rehabilitációs graduális képzésben. 2015-19. között a négy orvosképzést is végző egyetemen megalakultak a szakma önálló tanszékei. Debrecenben, Budapesten majd Pécsen és Szegeden kötelezően választható magyar, angol és német kurzusok követték egymást. A Semmelweis Egyetemen 2019. őszén vezették be a kötelező rehabilitációs V. éves blokk oktatást, először a hazai orvosképzésben.

Gyógytornász képzés mindegyik egyetem Egészségtudományi Karán és több más felsőoktatási karon is történik. Rendeződött a neuropszichológus képzés helyzete a Semmelweis Egyetemen, itt és több más egyetemen is képeznek klinikai szakpszichológusokat. 2021-től az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógytornász Kar keretében megkezdődött a logopédusok kifejezetten rehabilitációs klinikai, terápiás irányultságú MA képzése, a Pécsi Tudományegyetemen pedig az ergoterapeuta és ortopéd műszerész BA képzés.

MEGBESZÉLÉS

Számba véve az integrált rehabilitációs ellátás feltételeit, a hazai környezetben kedvező feltételekként értékelhető, hogy voltak ebbe az irányba mutató előzmények, elkészültek a REP-ek és megjelent a Bizonyítékokon alapuló rehabilitációs medicina című könyv. [9,10] Utóbbi két útmutatást ad a rehabilitációs betegút szervezéshez és az eredmények monitorozásának módszereihez is. A hazai közösségi pszichológiai tapasztalatok eredményeit szélesebb körben is érdemes lenne hasznosítani. Ebben a szakorvos az alapellátás orvosával élő kapcsolatot tart, a páciensek és gondozók szociális szempontjait is figyelembe veszik, támogatják. [7] Ezt a kedvező fejlődést még nem minden európai országban sikerült elérni. [15] A házi szakápolási szolgáltatásokban, illetve az alapellátási praxisközösségek modellprogramjaiban lehetővé vált a rehabilitációban szükséges szakemberek alkalmazása (gyógytornász, dietetikus, szakpszichológus) ami szintén kedvező előfeltétel. [13] Az alapellátási szintű ellátók között jobb koordinációt és a rehabilitációs team elérhető tagjainak bővítését, többszínűségét a szerzők

fontosnak vélik. A kommunikációt jól támogató eszközzé válhat az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT). [16] A hazai rendszer erősségeit és gyengeségeit lásd a 3. táblázatban.

Problémát jelent, hogy az orvosok és ápolók alapképzésében későn és marginálisan kapott helyet a rehabilitáció, amely nem csak magyar sajátosság, nehézséget okoz más országokban is. [17,18]

Ezért az alapellátás két kulcsszereplőjének a célzott továbbképzése szükséges ahhoz, hogy valódi teammunkában, más szakemberekkel együtt az alapellátás szintjén is rehabilitációt lehessen végezni. Amíg ez nem történik meg, addig elsősorban a nappali kórházi, esetleg a megfelelő team-tagokkal rendelkező járóbeteg ellátás keretében lehetséges lakóhely közeli ellátást nyújtani. A jövőre nézve ígéretes fejlődés, hogy a Semmelweis Egyetemen már kötelező rehabilitációs képzési blokk kapott helyet az orvos-tanhallgatók képzésében az V. évben.

Jelen közleményünk korlátja, hogy nem minden vizsgálatra érdemes adatot sikerült fellelni, pl. egyes szakemberek rendelkezésre állásáról, régióként megoszlásáról, vagy a szociális ellátás különböző formáiról, megoszlásáról, elérhetőségéről. Nem ismertük meg az érintett lakosság preferenciáit sem.

Következtetések

A fejlett világban az idősödő populáció helyzetét tovább rontja az elmagányosodás. Ezen az intézményi rehabilitáció kevésbé tud segíteni, annál több szerepe lehet a lakhelyhez közeli szolgáltatások fejlesztésének. Mindezt még jobban aláhúzzák a jelen hazai társadalmpolitikai változásai, amelyek az öngondoskodás egyéni és családi erősítésének szükségességére mutatnak rá (a szociális törvény módosítása a szociális felelősség sorrendjére nézve, kórházi ápolási osztályok szociális intézménnyé alakítása 2023-tól). Tény, hogy a tartós intézményi elhelyezés a progresszivitás mentén a

Erősségek	Gyengeségek
kísérleti programok tapasztalatai	szakszemélyzet általános hiánya
közösségi rehabilitáció gyakorlata a pszichiátriában	hiányos vagy hiányzó rehabilitációs ismeretek az alapellátás munkatársai körében
Rehabilitációs Ellátási Programok javaslatai a betegút szervezésre és az ellátás eredményének figyelemmel kísérésére	területi egyenlőtlenségek az ellátó rendszerben
Bizonyítékokra alapozott rehabilitációs medicina c. szakkönyv	szociális ellátórendszer gyengeségei
Egészségügyi Ellátási Szolgáltatói Tér	nincs hagyománya a betegek/lakosság bevonásának saját ellátásuk tervezésébe
javuló rehabilitációs képzési tartalom az orvosképzésben	

3. táblázat

Erősségek és gyengeségek a közösségi rehabilitációs ellátás és az integrált betegút hazai szervezésben (forrás: saját szerkesztés).

társadalomnak ugyanakkor egyre súlyosabb kiadásokat okoz, ami szintén az integrált home care modell erősítését teszi indokolttá.

A vertikális integráció mellett ugyanakkor szorgalmazni kell az alapellátó szolgálatok (egészségügyi, szociális, egyházi-diakóniai) jobb horizontális integrációját is, mert csak ezzel a komplex tevékenységgel lehet erősíteni az idős populáció biztonságos és tartalmas otthonmaradását. Még akkor is szükség van erre, ha a megélhetési és rezszi költségek növekedése éppen ellenkező tendenciák kialakulását veti fel jelenleg.

A praxisközösségekben az esetleges szakorvosi háttér helyi kihasználása mellett fontos lehet a kapuőr szerep újra értelmezése és javítása: sürgős esetben gyors elemi diagnosztika majd triázs és ellátás vagy tovább utalás; de a krónikus megbetegedésekben kiterjedt szűrő, gondozó, prevenció és rehabilitációs tevékenység, elsősorban az akut kórházi felvétel és újrafelvétel megelőzése érdekében. Fontos, hogy a rehabilitációs edukáció induljon meg az alapellátók vonatkozásában is, mert kevés információval rendelkeznek ezen a területen, így nem tudnak integrált módon kapcsolódni a szakellátáshoz, de saját praxisközösségi csapataik munkájához sem.

ANYAGI TÁMOGATÁS

A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

ÉRDEKELTSÉGEK

A szerzőknek a közlemény témájával kapcsolatban nincsenek érdekeltségeik.

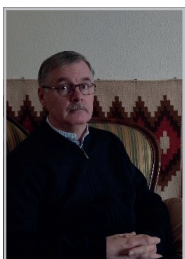
Köszönetnyilvánítás: Szerzők köszönetet mondanak Németh Juditnak, az OSAP adatok feldolgozásáért.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance: White book on physical and rehabilitation medicine in Europe. Eur J Phys Rehabil Med. 2018; 54: 125-155. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.18.05143-2>
- [2] Cserhádi P, Laczkó T, Flóris I et al.: Evaluation of the treatment and rehabilitation of hip fractures by SHAFE European project. [A csípőtáji törések kezelésének és rehabilitációjának értékelése a SAHFE európai projekt révén.] Rehabilitáció 2010; 20: 96-101. [Hungarian]
- [3] Kazár G, Cserhádi P, Bosch U et al.: Results of treatment. In: Manninger J, Bosch U, Cserhádi P. et al. (ed.) Internal fixation of femoral neck fractures: An atlas. New York, Vienna, Springer 2007; pp. 259-278.
- [4] Kullmann L: Tendency of development in rehabilitation medicine [Fejlődési tendenciák az orvosi rehabilitációban] Orvosképzés 1989; 64: 243-256. [Hungarian]
- [5] Arday A, Biró F, Pappné Vértesi A et al.: Rehabilitation in the community, experiences of the first Hungarian programs. [Rehabilitáció a lakó közösségben, az első hazai programok tapasztalatai.] Med Univ. 1995; 28: 57-60. [Hungarian]
- [6] Harangozó J, Bodrogi A, Nemessuri J et al.: Introduction of the activities of Semmelweis University Community Psychiatry Centre and the Revivals Fund. [A Semmelweis Egyetem Közösségi Pszichiátriai Centrum és az Ébredések Alapítvány tevékenységének bemutatása.] Psychiat Hung. 2008; 23: 224-230. [Hungarian]
- [7] Varga A, Lörincz Zs, Harangozó J et al.: Assessment methods applicable in psychiatric care – community healthcare evaluation, monitoring of clinical strategies. [A közösségi alapú pszichiátriai ellátásban alkalmazható becslőmódszerek – Közösségi egészségügyi felmérés, klinikai stratégiák monitorozása.] Psychiat Hung. 2008; 23: 290-297. [Hungarian]
- [8] Mezey B, Kullmann L, Smith LK et al.: Outpatient cardiac rehabilitation: initial experiences of the first Hungarian multicentric study. [Járóbeteg formában végzett kardiológiai rehabilitáció: az első hazai kontrollált multicentrikus tanulmány eredménye.] Orv Hetil. 2008; 140: 353-359. [Hungarian]

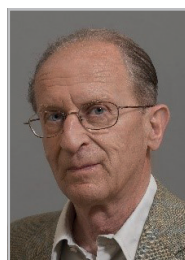
- [9] Rehabilitáció, Fizikális medicina és Gyógyászati segéd-eszköz Tagozat és Tanács: Rehabilitation care programmes: e-textbook. [Rehabilitációs ellátási programok: Kézikönyv.] Last update 2019. [Hungarian] available at: (02.02.2023) http://www.rehab.hu/upload/rehab/document/rep_kezikonyv_201907.pdf?web_id=
- [10] Vekerdy-Nagy Zs: (ed.) Evidence based rehabilitation medicine [Bizonyítékokon alapuló rehabilitációs medicina.] Medicina, Budapest, 2017. [Hungarian]
- [11] Sipos J, Németh J, Cserhádi P: Introduction of performance-based financing in rehabilitation service – organizers' and institutional financing experiences. [Teljesítményalapú finanszírozás bevezetése a rehabilitációs ellátásban – szervezői és intézet-finanszírozási tapasztalatok]. IME 2019; 18(5): 14-18. [Hungarian]
- [12] World Health Organization: International Classification of Functioning, Disability and Health. [A funkcióképesség fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO)] Budapest, Medicina, 2004. [Hungarian]
- [13] Dénes Z, Kémenczy J.-né, Németh J: Data of rehabilitation medicine provision in Hungary in the light of National Statistical Data-provision Programme. [Rehabilitációs tevékenység Magyarországon az OSAP adatok tükrében.] Rehabilitáció 2017; 27: 163-166. [Hungarian]
- [14] Dózsa KM, Mezei F, Kalmár I. et al.: Structural change supporting primary care service improvement programs based on the outcomes of primary care practice cluste model programs (2013-2020). [Egészségügyi struktúraváltást támogató, bizonyíték alapú szolgáltatásfejlesztések bemutatása a praxisközösségi modellprogramok (2013-2020) működésének tapasztalatai alapján.] IME 2022; 21(3): 3-15. <https://doi.org/10.53020/IME-2022-301> [Hungarian]
- [15] Kullmann L, Cserhádi P, Dénes Z.: Integrated services in rehabilitation medicine II. – International experiences and lessons. [Integrated services in rehabilitation medicine II. – International experiences and lessons] IME ... [Hungarian]
- [16] Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK): Present and future developments of the e-Health Care Cloud Hosting. [Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) megvalósult és jövőbeli fejlesztései.] IME 2018; 17(5): 50-51. [Hungarian]
- [17] Dénes Z, Fazekas G, Tápay G.: Present situation in post gradual rehabilitation education, changes of last years, results. [A rehabilitációs szakorvosképzés jelenlegi helyzete, az elmúlt években történt változások, eredmények.] Rehabilitáció 2019; 29: 155–160. [Hungarian]
- [18] Tederko P, Krasuski M., Denes Z et al.: What medical doctors and medical students know about physical medicine and rehabilitation – a survey from Central Europe. Eur J Phys Rehabil Med. 2016; 52: 597-605.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Cserhádi Péter orvos, a Pécsi Tudományegyetem Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Tanszékének vezetője (2015-). Korábban az OORI főigazgatója (2013-2020), jelenleg az OMINT orvosigazgatója, illetve a Gerincvelősérültek Rehabilitációs Osztályának osztályvezető főorvosa. 2010-13 között a NEFMI majd az EMMI helyettes államtitkára, 2013-19. között az Egészséges Budapest Program miniszteri biztosa.

E megbízatásaiban a rehabilitációs medicina jogi környezetének, infrastruktúrájának és finanszírozásának átalakításában is közreműködött (egységes szakmakód kialakítása, ROP, TIOP, EFOP pályázatok, Rehabilitációs Ellátási Programok kialakítása). Szakmai és oktató munkája mellett kiemelt érdeklődési területe a modern orvostechikai eszközök (exoskeletonok, funkcionális elektromos stimuláció) bevezetése a rehabilitáció gyakorlatába.



Dr. Kullmann Lajos, orvos. A Semmelweis Orvostudományi Egyetemen, az Utrechti Állami Egyetemen és az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben végzett klinikai, oktató és kutatómunkát. Utóbbinak 15 évig főigazgatója volt. Részt vett a Magyar Kórházzövetség Elnöksége és a Nemzetközi Kórházzövetség Irányító Tanácsa munkájában. A WHO Európai Regionális Irodájá-

nak időszakos tanácsadója volt közösségi rehabilitációs ellátás fejlesztése témában. A Rehabilitációs Szakmai Kollégiumban több tisztséget viselt. Részt vett a Rehabilitációs Ellátási Programok fejlesztésében. 1975 és 2020 között tanított az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán ill. jogelődjében, professzor emeritus.



Dr. Dénes Zoltán orvos, a Semmelweis Egyetem Rehabilitációs Medicina Tanszékének vezetője (2009-). Korábban az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet szakmai igazgatója (2006-2021). Országos rehabilitációs szakfelügyelő főorvos (2006-2013), jelenleg a Rehabilitációs Szakmai Kollégium vezetője (2016-), az OMINT-OORI Agy-sérültek Rehabilitációs Osztályának osztályvezető

főorvosa. Az UEMS (European Union of Medical Specialists) rehabilitációs szekciójának magyar képviselője. A rehabilitációs medicina területén végzett oktató és tudományos munkája mellett az egészségügy területén a minőségügyi képzésben és a kutatásban egyaránt részt vesz, kiemelt érdeklődési területe a minőségi indikátorok fejlesztése, kipróbálása a rehabilitáció területén.