

Dr. Kullmann Lajos

Az orvosi rehabilitáció szerepe és kapcsolatai

A fogyatékos emberek egészsége, egészségügyi szükségletei

Az Egészségügyi Világszervezet fogyatékoság-értelmezése

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) alapszabálya szerint „az egészség a testi, szellemi és szociális teljes jóllét állapota, nemcsak betegség vagy fogyatékoság hiányából áll.” (Az idézet így pontos, de az Orvosi lexikonban – helytelenül – „jólét” szerepel; v. ö. „bien-être”; Organisation Mondiale de la Santé 1947; Hollán 1969). A WHO korszerű szemléletét jelzi ez az egészségmeghatározás, amelyet az orvostudomány csak évtizedek múlva tudott valódi tartalommal megtölteni.

A WHO egyik fontos feladata az egészségi állapot felmérése és figyelemmel kísérése nemzetközi dimenzióban. Ez azonban csak egységes értelmezés és elnevezések használata mellett valósulhat meg. A nemzetközi osztályozási rendszerek hivatottak az egységes értelmezés támogatására. Az első a Berlemont által az 1800-as évek végén kidolgozott, a haláloki statisztika továbbfejlesztésének eredményeként létrejött „A betegségek nemzetközi osztályozása” (BNO) volt. Jelenleg tizedik verziója van érvényben (BNO-10; Egészségügyi Világszervezet 1995). Ez a betegségek, sérülések és fejlődési rendellenességek mellett – először az osztályozás története során – tartalmazza bizonyos egészséggel kapcsolatos állapotok osztályozását is, így a balesetek okainak, és bizonyos, főleg sebészi tevékenységek következtében kialakult állapotoknak a kódolási szabályait is. Utóbbiak a korábbi verzióknak nem képezték részét.

A WHO 1980-ban kiadta „A károsodások, fogyatékoságok és rokkantság nemzetközi osztályozását” (World Health Organization 1980). Ennek gondolatmenete

egyértelműen a hagyományos orvosi észjáráson alapult, a fogyatékossgot alapvetően az egyén tulajdonságaként, egészségi állapotának eredményeként értelmezte. Másrésztől újszerű volt, amennyiben a biológiai okok mellett a természetes és társadalmi környezeti tényezőknek is jelentőséget tulajdonított, valamint abban, hogy az embert nemcsak mint biológiai lényt vizsgálta (károsodások), hanem személyként (fogyatékossgok) és társadalmi lényként (rokkantság) is.

Bármennyire jelentős előrelépés volt az osztályozás megjelentetése, igen gyorsan kiderültek a korlátai, és heves bírálatokat váltott ki a társadalomtudományok, illetve az érintett emberek szervezetei részéről.

A kritikák erős hatást gyakoroltak az osztályozás továbbfejlesztésére. Hétéves intenzív fejlesztőmunkát követően, 2001-ben készült el az osztályozási rendszer új változata, a „Funkcióképesség, fogyatékossg és egészség nemzetközi osztályozása” (FNO), mely 2004-ben magyarul is megjelent. A fejlesztésben orvosok mellett gyógypedagógusok, pszichológusok, a társadalomtudományok, valamint a fogyatékos emberek nemzetközi szervezeteinek képviselői is részt vettek.

Az FNO-ban is szerepel az ember testi (integritás), személyes (tevékenység) és társadalmi (részvétel) dimenziója, de nem az előzőekhez hasonló negatív megjelöléssel. Funkcióképességnek nevezi az osztályozás a három dimenzióban együttesen a zavarmentesség állapotát. A testi funkciók és struktúrák károsodhatnak, a tevékenység akadályozottá válhat, a társadalom életében való részvétel korlátozottá. Ezeket a zavarokat együtt, gyűjtőnévvel hívja a WHO fogyatékossgnak (WHO 2001; 1. táblázat).

Az FNO szerint a fogyatékossg diagnózistól teljesen független. Példaként: végtaghiányt (strukturális és egyben funkcionális károsodás is) okozhat a taposóakna (baleset), az érszűkület (betegség) vagy az anya thalidomid-szedése a terhesség alatt (fejlődési rendellenesség). A fogyatékossgot az FNO élettapasztalatként értelmezi,

amely bárkivel, bármikor megtörténhet, mint valamilyen probléma észlelése a funkcióképességben. A fogyatékoság tehát nem végzettszerű, visszafordítható lehet.

Az FNO-ban további alapvető változás, hogy megjelennek a személyes, illetve a környezeti tényezők mint a funkcióképességet és a fogyatékoságot befolyásoló összetevők. A személyes tényezőket (pl. életkor, etnikai hovatartozás, képzettség, neveltetés, szokások, élettapasztalatok, megküzdési módszerek) csak felsorolja, részletes osztályozásuk még nem készült el. A környezeti tényezők osztályozása viszont alapvető része a rendszernek. Ezek lehetnek támogatók vagy akadályozók. (A fogyatékos ember jelentős támogatást kaphat családjától, viszont magukra is hagyhatják őket családtagjaik. Az iskolai környezet lehet támogató, ha a pedagógusok attitűdje kedvező, illetve akadályozó ennek hiányában.) Nemcsak a személyes és a környezeti tényezők hatnak a funkcióképességre, hanem ebben a viszonylatban is kölcsönhatás van. Az egyén tevékenykedő képessége, illetve annak akadályozottsága is hat pl. saját egészsége megőrzésének lehetőségeire, tehát visszahat önmagára.

1. táblázat

A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO) vázlatos koncepciója

A működés szintje	Test (testrészek)	Személy (az egyén mint egész)	Társadalom (élethelyzetek)	Környezeti és személyes tényezők
Jellemzők	Testi funkciók/ testi struktúrák	Az egyéni tevékenységek megvalósítása	Bekapcsolódás élethelyzetekbe	A világ jelenségei és viszonyulásai, a személy tulajdonságai
Pozitív oldal	Integritás	Tevékenység	Résztvétel	Támogatók
	Funkcióképesség			

Negatív oldal	Károsodás	Tevékenység akadályozottsága	Részvétel korlátozottsága	Akadályok, hátrányok
	Fogyatékoság			
Minősítő jellemzők	Kiterjedés vagy nagyság, esetleg elhelyezkedés vagy minőség			

További újdonságot jelent, hogy az új osztályozási rendszer nemcsak az észlelt jelenségek kategóriákba sorolására ad lehetőséget, hanem egy ötfokozatú értékelő skálán (ún. minősítők révén) a problémák mértékét is meg lehet jelölni. Hasonló módon értékelhető a skálán az is, hogy a környezeti tényezők mennyire támogatók vagy akadályozók.

Mivel az FNO nemcsak a kategóriákba sorolásra alkalmas, hanem a problémák mértékének a leírására is, lehetővé teszi nemzetközi fogyatékosági statisztikák készítését. Sajnálatos, hogy az országok többségéhez hasonlóan Magyarországon sincs megbízható fogyatékosági statisztika. Ez magában hordozza annak a gondolkodásnak a veszélyét, mely szerint amit nem ismerünk, az nem is létezik, tehát nem kell törődnünk vele. A WHO egyik kinyilvánított célja az FNO kidolgozásával a fogyatékoság nemzetközi szintű feltérképezése. Mindez csak a jövő ígérete.

Az FNO gyakorlati felhasználása nagyon időigényes. Az amúgy is gyakran túlterhelt személyzet könnyen elutasíthatja. Ezért nemzetközi továbbfejlesztő munka kezdődött ún. „állapot-specifikus alapkérdéssorok” kidolgozása céljából. Egy-egy állapotban (pl. „stroke”, derékfájdalom) használható egészen rövid, a nemzetközi adatgyűjtést támogató kategóriacsoportok kidolgozása is folyik az orvosi gyakorlatot támogató fejlesztés mellett (Stucki, 2002).

A WHO szemléletének formálódását jelzi továbbá, hogy foglalkozik az emberek szubjektíven megélt egészség- és életminőség-érzésével is. A fogyatékos emberek egészségi állapotának és egészségügyi szükségleteinek feltárása során az életminőségre is figyelemmel kell lennünk. A WHO életminőség-definíciója a következőképpen hangzik: „Az életminőség az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt életterének kultúrája, értékrendszerei, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják. Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magába foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet lényeges jelenségeihez fűződő viszonyát” (WHO 1997).

A fenti definíciónak megfelelően fejlesztette ki a WHO saját életminőség-felmérő módszerét, amelynek vizsgált tárgykörei a fizikai (pl. fájdalom, fáradékonyság) és a lelki egészség (pl. emlékezőképesség, önbecsülés, szorongás) érzése, a függetlenség szintje (pl. megbirkózás a mindennapos élet tevékenységeivel, munkaképesség), a társas kapcsolatok (pl. támogatottság, szexuális kapcsolatok), a környezettel kapcsolatos érzések (pl. védettség, támogató szolgáltatások minősége, információkhoz jutás, közlekedés), valamint a lelkeség.

A fogyatékoság felmérése, becslések

Megállapíthatjuk tehát, hogy a fogyatékoság, illetve a fogyatékos emberek különböző szükségletei vizsgálhatók, felmérhetők. Az FNO nemcsak az egészségügyi, hanem az akadályozó környezeti tényezők vizsgálatán keresztül más, így oktatási, foglalkoztatási vagy szociális támogatási szükségletének felmérésére is alkalmas lenne. Újdonsága miatt azonban nemcsak hazai adatokkal nem rendelkezünk, FNO alapú megbízható külföldi vizsgálati eredményekről sincs tudomásunk. Így a szükségletfelmérés helyett csak becsléseket végezhetünk. A becslésekhez rendelkezésre álló adatainkat más célból gyűjtötték, ezért következtetés levonására csak igen körültekintően használhatók fel.

Siró Béla és munkatársai a GYÓGYINFOK (Egészségügyi Minisztérium Gyógyító Ellátás Információs Központja), illetve az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) adatait használták fel a rehabilitációs szükségletek becslésére (Siró 2000; 2. és 3. táblázat).

A GYÓGYINFOK-adatok a kórházakban akut megbetegedésekkel felvett egyének számát mutatják. Közülük sokan meggyógyulnak, bizonyos százalékban pedig – különböző állapotokban eltérő arányban – valószínűleg meghalnak. Őket tehát nem kell rehabilitálni. A táblázatok valamennyi kórházi felvétel adatait tartalmazzák. Tekintettel arra, hogy egy-egy ember azonos betegség miatt többször is kórházba kerülhet, és kerül is, az adatok a rehabilitációs szükségletek további túlbecslésére adnak lehetőséget. Nem hallgathatjuk el a kódolási anomáliákat sem. Mivel a GYÓGYINFOK adatai képezik az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által az ellátásért a kórház részére fizetett térítési átalánydíjnak az alapját, egyes intézmények érdekeltek lehetnek abban, hogy a nagyobb térítési díjat eredményező súlyosabb diagnózist tüntessék fel a kezelést indokoló diagnózisként. Előfordulhat tehát, hogy valakit ismételten már nem a táblázatban feltüntetett betegség, esetleg nem is annak szövődménye miatt kezelnek ismételten kórházban, hanem jóval enyhébb és „olcsóbb” betegség miatt, mégis ezt a diagnózist szerepeltetik.

2. táblázat

Kiemelt betegségcsoportokban 1998-ban Magyarországon kórházi kezelésben részesültek száma a GYÓGYINFOK adatai alapján

Betegségcsoportok	> 18 év	≤ 18 év
Idegrendszeri megbetegedések*	184 688	1 987
Reumatológiai megbetegedések	322 211	1 962
Ortopédiai megbetegedések	15 438	5 417
Balesetek	35 754	4 060
Az idegrendszer baleseti sérülései	8 318	1 241
Roszcindulatú daganatos és vérképzőrendszeri megbetegedések	131 845	1 589

Szív- és érbetegségek	214 834	134
Idült tüdőbetegségek	187 648	25 041
Húgy-ivarszervi megbetegedések	39 578	2 193
Szülési sérülések, fejlődési rendellenességek **	3 306	16 105
* ebből agyi vérkeringési zavar 160 373 eset		
** a VRONY felé 1998-ban összesen 2588 esetet jelentettek, közülük 252 fő meghalt.		

A fentieket jól illusztrálja, hogy Siró adatai szerint a 2. táblázatban a neurológiai megbetegedések közül több mint 160 ezer volt az agyi vérkeringési zavar miatti kórházi felvétel. Az érintettek potenciálisan rehabilitációra szorulnak. Ezzel szemben korábbi becsléseink szerint Magyarországon évente 40 ezer embert ér agyvérzés -embólia (Nagy Z. 1994). A spontán gyógyulás, illetve a magas halálozás miatt közülük – ugyancsak becslések alapján – mintegy 12 ezer ember részére szükséges rehabilitációt biztosítani.

A 2. táblázat adatai alapján feltűnik a Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartása (VRONY) felé jelentett esetek, illetve a kórházi kezelésben részesülők száma közötti jelentős különbség is.

A pszichiátriai betegség miatt kezelésben részesülő betegek adatait az OPNI Informatikai Osztályának ugyancsak 1998-as adatai alapján, de eltérő korcsoportok szerinti bontásban mutatja be a 3. táblázat.

3. táblázat

Kiemelt pszichiátriai betegségcsoportokban 1998-ban Magyarországon kórházi kezelésben részesültek száma az OPNI adatai alapján

Betegségcsoport	≤ 65 év	> 65 év
Alkoholfüggőség és pszichés zavarok	46 346	2 518
Egyéb drogfüggőség és pszichés zavarok	3 723	114

Szkizofrénia és paranoid zavarok	30 775	6 099
Affektív zavarok	22 787	6 257
Demenciák	766	3 254
Mentális retardáció	6 022	259

Ezek és hasonló adatok nem is jelezhetik pontosan a rehabilitációs szükségleteket, hiszen diagnózisokon vagy orvosi szakmákhoz tartozáson alapulnak. Amint azt az FNO ismertetése során beláthattuk, a fogyatékoság nem függ a diagnózistól. Mindenképpen szükséges tehát a fogyatékoságok felmérése is.

Az 1990-es évek közepén négyezer fős mintán vizsgáltuk Budapest VIII. kerületében az otthonukban élő, 60 év feletti életkorú lakosok fogyatékoságait a WHO lakóközösségi rehabilitációs szolgálatok céljából kidolgozott kérdőívével. (Kullmann és mtsai, 1998). A teljes minta 15,7%-ának volt fogyatékosága. A tíz éves korcsoportokban a fogyatékos idős emberek aránya jelentősen emelkedett, 60 és 70 év között 8,6%-nak, 90 felett 46,3%-nak voltak fogyatékoságai. Az életkorral párhuzamosan növekedett az egy-egy emberre jutó fogyatékoságok száma is. Nők körében több, férfiak esetében inkább súlyosabb fogyatékoságokat találtunk. A mobilitással kapcsolatos problémák jóval gyakoribbak voltak, mint az önellátás akadályozottsága (4. táblázat).

4. táblázat

Kiválasztott tevékenységek akadályozottsága, a súlyosság foka és nemek szerinti bontásban 60 év fölötti Budapesti lakosokban, százalékban kifejezve

Vizsgált tevékenység	Férfiak (1485 fő)			Nők (2599 fő)			Együtt (4084 fő)		
	fogyatékoság								
	nincs	enyhe	súlyos	nincs	enyhe	súlyos	nincs	enyhe	súlyos
Étkezés	97,8	1,7	0,5	97,8	1,8	0,4	97,8	1,8	0,4

Tisztálkodás	94,0	4,9	1,1	92,6	6,2	1,2	93,1	5,7	1,2
WC használat	96,7	2,5	0,8	96,1	3,0	0,9	96,3	2,9	0,8
Lakáson belüli mozgás	96,2	2,9	0,9	95,6	3,7	0,7	95,8	3,4	0,8
Lakáson kívüli mozgás	89,3	6,7	4,0	82,3	12,7	5,0	84,9	10,4	4,7
Lépcsőn járás	87,1	7,8	5,1	79,6	13,4	7,0	82,3	11,4	6,3

A társadalmi életben való részvételre nemcsak a fogyatékoságok, hanem a vizsgált egyének neme és társadalmi szokásai is hatottak. Férfiak részvétele az otthonon kívüli tevékenységekben jóval aktívabb volt.

A gyermekkori fogyatékoságok vonatkozásában az egyik legjobb forrásmunka kétségtelenül még mindig a „Budapest-vizsgálat” című munka (Czeizel és mtsai 1978). A vizsgálat a gyógypedagógiai intézményhálózatban nevelt gyermekekre terjedt ki. A mintát a következő adatok jellemzik. A vizsgálat idején a gyermekek 2,9%-a értelmi fogyatékos, 0,21 %-a pedig testi, hallási vagy látási fogyatékoság miatt tanult gyógypedagógiai intézetben. (Itt is követjük a hivatkozott irodalomban használt terminológiát.) A megyei megoszlási adatok nagy különbséget mutatnak. Győr-Sopron megye 1,37%-os arányával szemben Bács-Kiskun megyében a tanulók 4,55%-a került értelmi fogyatékosok gyógypedagógiai iskolájába. Érdekesek a tanulmány elkészítése előtti utolsó 20 év gyógypedagógiai kapacitásának adatai is. Az ilyen intézményekbe a beiskolázási arány értelmi fogyatékos gyermekek esetében 0,66%-ról, az egyéb fogyatékosok esetében 0,13%-ról emelkedett a fenti magasabb értékekre. Látható tehát, hogy a gyógypedagógiai beiskolázás a kínálattól is jelentős mértékben függött. Ugyanakkor egyéb, társadalmi tényezők is hatnak rá, hiszen pl. a cigány gyermekek aránya a kisegítő iskolákban 10,5%, az intézetekben 12,2% volt – szemben az általános iskolákban tapasztalható 2--6%-os előfordulással.

A vizsgálat az értelmi fogyatékos gyermekek egyéb egészségi problémáit tárta fel, orvosi diagnózisok alapján. Belgyógyászati betegségek 17,38%-ban fordultak elő. Közöttük a gyakori rehabilitációs szükségletet kiváltó veleszületett és szerzett szívfejlődési rendellenességek összesen 2,64%-ban fordultak elő. Az ideggyógyászati betegségek gyakoribbak: 46,55%, amelyek között a magatartászavarok (11,51%), a súlyos neurológiai betegségek (10,92%) és az epilepszia (8,05%) vezetnek. Rehabilitáció mindegyikben szükséges lehet, de csak a súlyosabb esetekben. Az ortopédiai betegségek a vizsgált gyermekek több mint felét érintik. Ezek közül rehabilitációt indokolhatnak a „Little-kór” (5,13%), a gerincvelő fejlődési zavara, 0,29%, valamint a csípőficam, a gerincferdülés és a végtagfejlődési rendellenességek – részesedésük egyenként 1% alatti – súlyosabb esetei. A 26,32%-ban előforduló szemészeti betegségek jórészt szemüveggel kezelhetők. A kancsalság és a rövidlátás vezet. A fül-orr-gégészeti betegségek aránya nagyobb, 31,79%. Sok betegség azonban gyógyítható. A hallászavarok 85,84%-os előfordulási aránya igen magas. A középfokúnál súlyosabb hallászavarban szenvedő gyermekek aránya is jelentős, 27,92%, közöttük leggyakoribbak az idegi eredetű károsodások, de a vezetékes eredetűek is 10% fölött fordulnak elő. Rehabilitációs szükségleteiket pontosan nem ismerjük.

Az idézett számadatokból nem tudjuk meg, hogy a gyermekek milyen arányban halmozottan károsodottak, hiszen egy-egy gyermeknek többféle károsodása is lehet. Így viszont a károsodástól mentesek aránya valószínűleg magasabb a megadott értékeknél. A több mint 25 éves adatokat nem tudjuk összehasonlítani újabbakkal, mert azokat más szempontok szerint gyűjtötték, illetve hasonlóan széleskörű adatgyűjtés nem történt.

Halász és Lannert (2000) az ÁNTSz iskolaorvosi vizsgálatainak adatait közli az 5--17 évesek között előforduló betegségekről és egyes rizikótényezők előfordulásáról. Sajnos ezekből sem lehet a rehabilitáció szükségleteire következtetni. Az adatok elsősorban könnyen felfedezhető és kezelhető állapotokra korlátozódnak, így pl. lúdtalpra,

szemüveg viselésére, illetve olyan gyűjtőfogalmakra – pl. mozgásszervi betegségek –, amelyek sajnálatos módon a szükségletek meghatározására alkalmatlanok. Figyelemre méltóak viszont a deviancia különböző formáinak, ezen belül a drogfogyasztás gyorsan növekvő előfordulására, valamint szülői viselkedésforma és a szociális helyzet ezeket befolyásoló szerepére vonatkozó adataik.

Göllesz (1984) bemutatta, hogy a gyógypedagógiai intézmények iskola-egészségügyi ellátásában különböző szakorvosok milyen gyakorisággal vesznek részt konziliáriusi minőségben. Első helyen az ideg- elmeorvosok állnak, akiket a fül-, orr-, gégész szakorvosok, a gyermekgyógyászok, bőrgyógyászok, szemészek stb. követnek. Ezekből az adatokból is csak indirekt következtetések vonhatók le.

Más munkákban egyes károsodási csoportok előfordulási gyakoriságáról találhatunk adatokat. Az adatok, becslések értéke, megbízhatósága különböző. Bár ezek közelebb vihetnek a szükségletek felismeréséhez, meg kell jegyezni, hogy sem a súlyossági fokozatra, sem a konkrét rehabilitációs és/vagy különtámogatási szükségletre nem terjednek ki. Így pl. az infantilis cerebralis paresis előfordulási gyakorisága becslés szerint 2-4‰ (Fekete 2000). Balázs (2000) ugyancsak külföldi becslések alapján 10--25 tízezrekre teszi az autista csoportba tartozók lakosságon belüli arányát, ezen belül a nukleáris csoportét 4 tízezrekre. Az epilepszia előfordulása Halász (1999) szerint 0,5--1,0% között van. Azt nem tudjuk, körükben milyen arányban fordulnak elő rehabilitációs szükségletek.

A mozgásukban károsodott személyek rehabilitációs szükségleteiről hasznos adatokat találhatunk a Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége (MEOSZ 1996) felmérésében. Két egymást követő évben 6120, illetve 1330 fő bevonásával, kérdőíves módszerrel végeztek felmérést. A válaszoló fiatalok a továbbtanulásukat korlátozó tényezők között meglepő módon leggyakrabban azt említették, hogy nem szerettek tanulni, illetve nem kaptak elegendő szülői támogatást. Mozgáskorlátozottságukat és azt, hogy nem tudtak eljutni az iskolába, csak kevesebben

jelezték. Ezek az adatok ismét felhívják a figyelmet az egyéni és a környezeti tényezők fontosságára.

A leggyakrabban használt segédeszközök a bot, mankó, járókeret és az ortopéd cipők, ortézisek, protézisek. A lakáson belül a kapaszkodók, tusolószek, szobai WC és a különböző kerekesszékek fordulnak elő. A manipulációt segítő eszközök használatára alig mutatkozik igény. Személyi segítséget a felmérésben résztvevők napi 1-2 órában vesznek igénybe, leginkább hely-, helyzetváltoztatás, valamint háztartási munka és szabadidős tevékenységek céljából. Egészségügyi szolgáltatásokat sokan rendszeresen vesznek igénybe. A passzív eljárások (gyógyfürdő, fizikoterápia) kedveltek elsősorban, az aktív eljárásoké (gyógytorna különböző formái) a kívánatosnál kevésbé. A rendszeresen tornázók aránya alig 32%.

A WHO korábbi becslései szerint minden ország lakosságában mintegy 10% körül várható fogyatékoság (WHO 1976). Később, a lakóközösségi rehabilitációs szolgáltatások szervezése során azt tapasztalták, hogy egészségügyi rehabilitációs szolgáltatásra sehol nem volt a lakosság ilyen arányában szükség (Periquet 1984). A két tény természetesen nincs ellentmondásban egymással. A beszédzavarban szenvedő gyermekek jelentős része pedagógiai, pontosabban logopédiai támogatást igényel. A fogyatékos egyének becsült összes számában, illetve arányában benne foglaltatnak. Rehabilitációs szolgáltatásokra szükségük van. Egészségügyi rehabilitációs szolgáltatásra azonban csak elenyésző kisebbségüknek van szüksége. A problémák zöme olyan funkcionális jellegű, amely kizárólag az említett pedagógiai tevékenységgel jól kezelhető.

Kiemeljük, hazai adatok is alátámasztják, hogy a rehabilitáció iránti szükségletet fokozza a többszörösen hátrányos helyzet, így pl. a kisebbséghez – Magyarországon különösen a cigánysághoz – tartozás, a kistelepülésen élés és a kedvezőtlen családi környezet (Forray 1998; Illyés és Bass 1986; Tót 1997). A legújabb amerikai kutatások is megerősítik, hogy ez a helyzet nem változott (Artiles 2006).

A pusztán orvosi adatokon alapuló becslésekkel további problémák adódnak. A fogyatékosági adatok híján nem alkalmasak a rehabilitációs szükségletek pontosabb meghatározására sem. Csupán ezek alapján nem lehet meghatározni, hogy milyen összetételű rehabilitációs team szükséges, milyen munkaintenzitást fog követelni az ellátás, vagy hol, intézetben vagy közösségben történhet-e ideálisan a rehabilitációs szükségletek kielégítése. Az utóbbi szempont eldöntését egyébként olyan további tényezők is befolyásolják, mint pl. az infrastruktúra fejlettsége vagy a kulturális hagyományok.

A fogyatékos emberek jelenlegi hazai egészségügyi ellátása, előnyei, korlátai

Hozzájárás a rehabilitációs egészségügyi ellátáshoz

Az előző fejezetben bemutattuk, hogy a hazai egészségügyi adatszolgáltatás (és hasonlóképpen általában a külföldi is) a rehabilitációs szükségletek felmérésére nem alkalmas. Nem sokkal jobb a helyzet a pedagógiai rehabilitáció területén sem. Pedig ez a rehabilitáció azon két területe, ahol még leginkább rendelkezünk hazai adatokkal.

Most megvizsgáljuk, mi a helyzet a szolgáltatásokkal kapcsolatban. Milyen rehabilitációs területeken, mely diagnosztikai főcsoportokban milyen számban részesülnek rehabilitációs ellátásban az emberek. A bemutatott adatok az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (OSAP) keretében az Országos Orvosi rehabilitációs Intézet (OORI) felé – elvben kötelezően, de gyakorlatilag soha sem teljes körűen, de azt megközelítő mértékben – szolgáltatott adatok feldolgozásának eredményei, illetve az OPNI hasonló adatai (Kertész 2000).

5. táblázat

Mozgásszervi rehabilitációs osztályokon rehabilitált személyek száma fő betegségcsoportok szerint 2004-ben, az OORI adatai alapján

Betegségcsoport	Vidéken	Budapesten
Agyi érbetegségek	9 287	1 651
Perifériás (végtagi) érbetegségek	3 178	1 628
Baleseti sérültek	5 214	1 882
Reumás megbetegedések	21 145	3 502
Egyéb	10 658	2 018

Az 5. táblázatból két dolog azonnal feltűnik. Az első, hogy lényegesen kevesebben kaptak rehabilitációs szolgáltatásokat, mint az a korábbi táblázatokban – ahogyan arra

utaltunk is – az adatgyűjtés természetéből következően erősen túlméretezett becslések alapján elvárható lenne. A másik feltűnő jelenség, hogy a vidék – Budapest megoszlás adatai nem tükrözik a vidék, illetve Budapest közötti kb. 4:1 lakossági arányt, legalább is nem minden bemutatott területen. Ez utóbbi jelenség magyarázatára a későbbiekben visszatérünk.

Nem változik lényegesen a helyzetkép akkor sem, ha a belgyógyászati rehabilitációs adatokat is hozzáadjuk az előzőekhez (6. táblázat). Belgyógyászati rehabilitációs osztályokon is sok mozgássérült ember kap ellátást. Sőt, pszichiátriai betegségekkel is kerülnek, főként idős emberek belgyógyászati rehabilitációs osztályokra. Kézenfekvő a további következtetés, nem tisztított profilokkal dolgoznak a különböző rehabilitációs osztályokon. A belgyógyászati rehabilitációs osztályokon ellátottak több mint fele mozgásszervi vagy pszichiátriai állapot miatt kapott ellátást, az egyéb csoportban lévő belgyógyászati állapotok vannak kisebbségben.

6. táblázat

***Belgyógyászati rehabilitációs osztályokon rehabilitált személyek száma fő
betegségcsoportok szerint 2004-ben, az OORI adatai alapján***

Betegségcsoport	Vidéken	Budapesten
Agyi érbetegségek	252	1810
Perifériás (végtagi) érbetegségek	148	447
Baleseti sérültek	56	569
Reumás megbetegedések	248	1274
Pszichiátriai megbetegedések	104	658
Egyéb	3432	3646

A pszichiátriai rehabilitációs osztályokon ellátottak száma sem közelíti meg az általában hasonló ok miatti kórházi ellátási esetszámokat (7. táblázat). Az is feltűnő, hogy a különösen nagy kórházi ellátási esetszámú állapotokban (alkohol- és

drogfüggőség, szkizofrénia és paranoid állapotok) a rehabilitációs esetszámok nem különböznek lényegesen a többi csoport ellátási esetszámaiktól. Ezt pusztán szakmai okokkal nehéz lenne megmagyarázni.

Az ellátás, a rehabilitációs szolgáltatások elérésének további egyenlőtlenségeire mutathatunk rá a kínálati oldal, vagyis a rehabilitációs ágyszámok megyénkénti megoszlásának bemutatásával (1. ábra). Az ábrán a mozgásszervi rehabilitációs ágyak megoszlását mutatjuk be, de hasonló vagy még egyenlőtlenebb a kapacitás megoszlás jelenlegi helyzete más szakmai területeken is, így különösen a kardiológiai rehabilitációban, ahol a kapacitás döntő része két állami intézetben, Balatonfüreden és Sopronban létesült.

7. táblázat

***Pszichiátriai rehabilitációs osztályokon rehabilitált személyek száma fő
betegségcsoportok szerint 1999-ben, az OPNI adatai alapján***

Betegségcsoport	Ellátottak
Alkohol- és drogfüggőség, pszichózisok	4864
Szkizofrénia, paranoid állapotok	4522
Affektív zavarok	4469
Demenciák	3233
Mentális retardáció	511
Neurotikus és más viselkedési zavarok	3265
Egyéb	4027

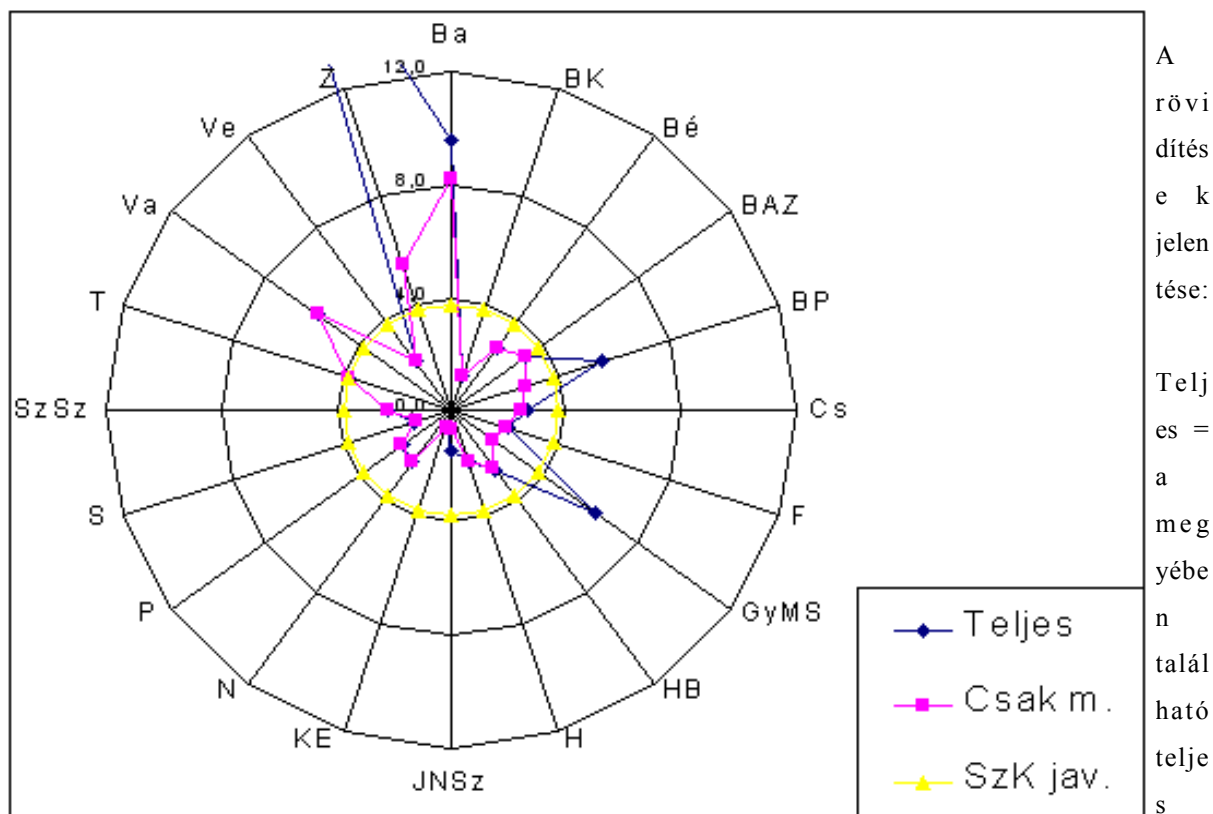
Mozgásszervi rehabilitációs ágyakban ott van elsősorban többlet, ahol állami szanatóriumok (Harkány, Hévíz, Sopron-Balf) váltak rehabilitációs intézetekké, beleértve a más tárcákhoz, pl. honvédséghez, államvasúthoz tartozó intézményeket is, illetve ahol országos intézetek létesültek (Budapest: OORI, ORFI). Ezek az intézetek magas arányban vesznek fel „területen kívüli” betegeket. Az OORI éves forgalmának

60%-át immár több mint egy évtizede Budapesten kívüli, az ország összes megyéjéből származó mozgáskárosodott emberek képezik. Néhány megyében azonban a megyei mozgásszervi rehabilitációs ágyak száma is meghaladja a Rehabilitációs Szakmai Kollégium által kívánatosként megjelölt kapacitást. Érdekes, hogy ezek egy része is a hagyományos gyógyfürdőhelyeken (Harkány, Hévíz) létesült.

Ha ezen intézeteknek a betegségcsoportok szerinti összetételét is megvizsgáljuk, azt találjuk, hogy feltűnően magas, esetenként 90% fölötti arányban reumás mozgásszervi megbetegedésben szenvedőket látnak el. Az ellátások jó része ismételt, évenkénti kezelést jelent. Ezt inkább karbantartó kezelésnek kellene neveznünk, nem pedig rehabilitációnak. Jelentősége nem lebecsülendő, fontos szekunder prevenciós feladat. A rehabilitációtól azonban más feltételrendszere (teamösszetétel, munkaintenzitás, stb.) és a valós helyzetkép megítélése érdekében is elkülönítendő.

1. ábra

A 10 ezer főre jutó mozgásszervi rehabilitációs ágyak megyénkénti megoszlása 2002-ben az OORI adatai alapján (Zala megye 20,2‰ ágyaránya jóval a grafikonon kívülre esik, a kisebb ágyszámok jobb bemutatthatósága érdekében.)



ágyszám;

Csak m. = a megyében, önkormányzati tulajdonban lévő ágyak száma;

SzK jav. = a Rehabilitációs Szakmai Kollégium által javasolt ágyszám.

Végül az is feltűnő az ábrán, hogy a megyék nagyobb részében a mozgásszervi rehabilitációs ágyak száma meg sem közelíti a Rehabilitációs Szakmai Kollégium javaslatát. A következő fejezetben visszatérünk arra, hogy az itt bemutatott egyenlőtlenségek (hiányok, illetve „feleslegek”) mennyiben károsak, vagy éppen kedvezőek az ellátottak, az ellátásszervezés, illetve – az erőforrások korlátozott rendelkezésre állása mellett – a hatékony finanszírozás szempontjából.

A kórházi rehabilitációs kapacitás az évek folyamán több irányban változott (8. táblázat). Ezeknek a változásoknak szakmai magyarázatát nem mindig tudjuk adni. Valószínű, hogy jelentős hatással voltak a finanszírozási szabályok gyakori változásai,

valamint egészségpolitikai változások. (1999-ben például 2901 rehabilitációs ágy szakmai profilját nem specifikálták.)

8. táblázat

A különböző profilú rehabilitációs ágyak számának változása kiválasztott évek közötti összehasonlításban, OEP-adatok alapján

Év	Mozgásszervi	Kardiológiai	Pszichiátriai	Belgyógyászati	Egyéb	Összes
1994	1175	565	1181	324	1584	4 829
1995	2803	1149	2772	2203	290	9 217
1999	1585	1066	3621	1068	3453	10 793
2001	3793	1136	4970	1262	817	11 978
2004	4100	1175	4902	1300	900	12 377

Az ellátás minőségi jellemzői

Az eddigiekben a rehabilitációs fekvőbeteg-ellátás mennyiségi problémáival foglalkoztunk. A következőkben bemutatunk néhány ugyancsak közölt adatból átvett, illetve származtatott minőségi indikátort. A szakemberek arányszámai az ellátó struktúrát, az átlagos ápolási idők és halálozási arányok a munka folyamatát, illetve eredményét minősítik (Kertész 2000).

9. táblázat

Belgyógyászati és mozgásszervi rehabilitációs osztályok személyzeti ellátottsága, átlagos ápolási idejének és halálozásának szélsőértékei 2004-es OORI-adatforrás alapján*

Indikátor	Mozgásszervi	Belgyógyászati

	rehabilitációs osztály	rehabilitációs osztály
Adatot szolgáltató osztályok száma	94	28
Összes orvos/osztály	2,31	2,50
Ápoló/osztály	10,54	13,04
Gyógytornász, konduktor/osztály	2,08	1,57
Foglalkoztató terapeuta/osztály	0,23	0,04
Logopédus/osztály	0,19	0,04
Pszichológus/osztály	0,27	0,11
Szociális munkás/osztály	0,05	0,21
Átlagos ápolási idő (nap)	22,1(6,8-68,7)	31,5(6,0-133,3)
Halálozás (%)	0,9(0,1-19,1)	10,7(0,1-48,1)

*csak a teljes állásban az osztályon dolgozók adatait tüntettük fel, egyes osztályokon vannak részállású, illetve egyszerre több osztályon dolgozó munkatársak is

A mozgásszervi rehabilitációs osztályok személyzeti ellátottsága valamelyest jobb, mint a belgyógyászati profilú osztályoké, de semmiképpen nem mondható kielégítőnek. (Előzőleg bemutattuk, hogy a valódi ellátási tevékenység, a felvett betegek összetétele nem tükrözi minden esetben az osztályok elnevezését.) Az adatok messze elmaradnak a tárca által korábban nyilvánosságra hozott minimumfeltétel-elvárásaitól. Újabban nem írnak elő kötelező létszámokat, csak szakterületeket. Talán a foglalkoztató- (ergo-) terapeuta-hiány a leginkább szembetűnő. Ennek természetes oka van, Magyarországon csak az elmúlt években kezdődött meg a képzésük. Korábban más alapképzettségű munkatársak autodidakta-, esetleg külföldi tanulmányúton történt továbbképzés után vállalkoztak a feladat ellátására. Létszámuk még hosszú évekig nem lesz kielégítő.

Az átlagos ápolási idő adatai sem kedvezőek. Általában 30 nap körüli az érdemi kórházi rehabilitációs idő. Hasonlóak a külföldi értékek is (Roy és mtsai 1988). Az ennél lényegesen rövidebb ápolási idő mögött az a jelenség húzódhat meg, hogy az átalánydíj (HBCs) miatt az aktív osztályokon már veszteségesen ellátható, hosszú

ápolási idejű betegeket helyezik át a napidíjas finanszírozású rehabilitációs osztályokra a hazabocsátás előtti időben, esetleg a súlyos állapotú betegeket halálukig. Utóbbi véleményt alátámasztja az az eredmény is, hogy több hosszú ápolási idejű osztálynak is magas a halálozási arányszáma.

A halálozási arányszám függ az adott szervezeti egység által művelt szakmai profiloktól, valamint a fogadott betegek állapotának súlyosságától is. Elemezve a halálozás adatait, itt is nagyok a különbségek, és elfogadhatatlan értékek is találhatók. Ezen a téren szintén a mozgásszervi rehabilitációs osztályok adatai kedvezőbbek, különösen, ha figyelembe vesszük, hogy az itteni legmagasabb érték egyetlen osztályra jellemző, a következő legmagasabb halálozási arányszám 8,8% volt. A belgyógyászati rehabilitációs osztályokon meglehetősen általános a magas halálozási arány.

A Rehabilitációs Szakmai Kollégium 2%-ban határozta meg az elfogadható határértéket. Ha ennél magasabb arányszámokat találunk, az két dologra utalhat. Egyrészt lehet, hogy előzetes konzílium, a rehabilitációra való alkalmasság vizsgálata nélkül veszik fel a betegeket. Ilyenkor nem hatékony a kapacitások kihasználása. Másrészt az is előfordulhat, hogy nem rehabilitációs tevékenységet, hanem krónikus ellátást végeznek – erre utalnak az igen alacsony egészségügyi szakdolgozói létszámok is. Az sem helyes, ha egyetlen osztályon, egymás mellett fordul elő a végstádiumú betegek ellátása és a rehabilitáció. Ilyen környezetben nagyon nehéz világos rehabilitációs célokat kitűzni, nehéz a rehabilitálandó egyéneknek a rehabilitációban nélkülözhetetlen együttműködését, saját munkáját, elvárni vagy megkövetelni.

A mozgásszervi rehabilitációs osztályok és szakambulanciák működésének jellemzőit más módon foglalja össze a 10. táblázat. Ezzel kapcsolatban kiemeljük, hogy az ambulanciák növekvő betegforgalma is az osztályos orvosokat terheli. Ha azt is tekintetbe vesszük, hogy csak általában orvosokat tartunk nyilván, és hogy a rehabilitációs szakorvosok még kevesebben vannak, akkor jól megítélhető az ellátás esendősége.

10. táblázat

Mozgásszervi rehabilitációs osztályok kiválasztott működési adatai az OORI adatai alapján az adatokat szolgáltató osztályokon

	Budapest		Vidék	
	1991	2004	1991	2004
Ágyszám	626	868	855	3122
Betegforgalom		11 181	9 090	49 482
Halálozás	1,2	0,7	2,3	0,9
60 éven felüliek aránya	26,7%	53,7%	50,4%	55,4%
Ágy /orvos		16	13	18
Ágy/pszichológus		72	285	260
Ágy/ápoló		3,4	3,4	3,9
Ágy/gyógytornász és konduktor		10	11	26
Ágy /logopédus		174	66	240
Heti rendelési óraszám	72	480	16	824
Szakambulanciák éves betegforgalma	28 537	23 732	6531	98 506

A járó betegként nem rehabilitálható betegek szakszerű ápolását minimum 2 ágyanként egy ápolóval lehetne jól megoldani. Ennek a létszámnak csaknem a fele hiányzik. Nyugat-európai és észak-amerikai országokban ennél is magasabbak az ápolói létszámnormák. Pszichológus, logopédus alig van, azok is nagyjából rész munkaidőben dolgoznak. Ezért megoldatlan a lelki támogatás, és a stroke-betegek rendszeres logopédiai kezelése is.

Szakszerű mozgásterápia gyógytornász és/vagy konduktor nélkül aligha képzelhető el. A központi gyógytornászszolgálatok emberei az egész intézmény aktív és krónikus

osztályait, gyakran a járó betegeket is ellátják. Munkarendjük nem teszi lehetővé azt, hogy a rehabilitációs teammunkában részt vegyenek.

Kritizálható, hogy nem a legújabb adatok szerepelnek a táblázatokban. Talán helyesebb a már publikált, ellenőrzött adatok bemutatása, illetve felhasználása további számítások végzéséhez. Más részről a frissebb adatok alapján megállapítható, hogy bár tapasztalható szerény, jó irányú fejlődés a halálozási mutatókban, egyes osztályok személyzeti összetételének alakulásában, lényeges változás az utóbbi években nem történt.

Az egészségügyi rehabilitáció jövője, teendői

Összegezve az eddigieket, az orvosi rehabilitáció intézményrendszere az elmúlt két-három évtizedben fokozatosan alakult ki. Először mozgásszervi, kardiológiai és pszichiátriai betegeket rehabilitáló osztályok jöttek létre. A gyermekek rehabilitációjára csak néhány osztály és néhány gyermekszanatórium vállalkozott. A rehabilitációs ágyszám jelentősen nőtt, új rehabilitációs profilok jelentek meg (belgyógyászati, tüdőgyógyászati, emésztőszervi, nőgyógyászati rehabilitáció). A fejlesztést kevésbé szakmai, mint szervezési okok motiválták.

E fejlődés eredményeképpen a felnőttek számára a rehabilitációs ágyszám összességében elegendő lenne. A területi és szakmai aránytalanságokat azonban meg kell szüntetni.

Szervezési kérdések

Az orvosi rehabilitációban az a nemzetközi trend figyelhető meg, hogy a fekvőbeteg-ellátás egyre jobban aktivizálódik, egyre inkább az intenzív ellátás körébe is tartozó tevékenységeket alkalmaz, és költségei is fokozódnak. A költségekhez jelentősen hozzájárulnak a széleskörű multidiszciplináris team által végzett további

élőmunka- igényes tevékenységek, mint pl. a gyógytorna, az ortézissel vagy művétaggal történő ellátás, a járástanítás, a foglalkoztató terápia, a pszichés és a szociális problémák kezelése. Az átlagos ápolási idő jóval meghaladja az aktív osztályokét.

Az Egyesült Államok mintegy 10 kiemelt intézetében, amelyek a legsúlyosabban sérült betegek magas szintű ellátását végzik, biztosítják a tényleges költségek alapján történő finanszírozást, a tevékenységek szoros ellenőrzése mellett. E tételes elszámolású intézetekben is van felső határa a költségek elszámolhatóságának. (Ilyen kiemelt finanszírozású intézet a Kessler Intézet New York mellett, illetve a National Hospital of Rehabilitation Washingtonban, amelyeknek szakmai profilja az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetéhez hasonló. Körülményeik lényegesen jobbak.) Ha az amerikai példát vesszük alapul, akkor lakosságarányosan Magyarországon egyetlen ilyen intézet is elegendő lehetne. A lényegesen kevésbé fejlett infrastruktúra miatt a hazai fejlesztést mégis inkább néhány, regionálisan jól elhelyezkedő intézetre kellene alapozni. Budapest mellett az egyetemi városok, és legfeljebb még egy intézet Északnyugat-Dunántúlon lehetnének a regionális központok.

A másik megfigyelhető trend az, hogy az ellátás egyre nagyobb volumenét járóbeteg-ellátás, illetve nappali kórházi körülmények között biztosítják. Ennek természetesen vannak infrastrukturális feltételei. Jó kommunikációs hálózatok, akadálymentes intézetek, megbízható szállítószolgálat – és természetesen elegendő személyzet – szükséges (Beswick és mtsai 2004; Legg és Langhorne 2004).

Az alapellátásban is sok rehabilitációs tevékenység elvégezhető, ha ott rendelkezésre áll a megfelelő team. Egy finnországi egészségügyi központban az alapellátás öt orvosát 85 további teamtag, a korábban már felsoroltak egészítették ki. A központ tornateremmel, foglalkoztató terápiás helyiséggel, egyéni- és csoportfoglalkozásra alkalmas helyiségekkel is rendelkezett.

Nálunk az otthon ápolási szolgálatok fejlődése, valamint az a lehetőség, hogy gyógytornászt, beszédterapeutát is alkalmazhatnak, hasonló fejlődés lehetőségét teremti meg. Itthon még bizonytalan a koordináció az alapellátás orvosa és az otthon ápolási szolgálat között. Nem alakult ki igazi teammunka. Korlátozottak a kezelések ismétlésének lehetőségei. Gyakran alkalmaznak kontrollálatlan fizioterápiát. Ennek az esetleges szakmai hiba mellett az a veszélye is fennáll, hogy a rehabilitációra szoruló egyénben a passzív kezelések iránti vágyat erősíti, szemben a saját munkával. Ezeket a nehézségeket fokozatosan le kell küzdeni.

Nálunk jóval gazdagabb skandináv, illetve észak-amerikai országokban is kimutatták, hogy a kevésbé súlyos esetekben a rehabilitáció fekvőbeteg-ellátás keretében nyújtott formája csak a költségeket emelte. Nem voltak lényegesen jobbak a funkcionális eredmények, nem nőtt a munkába sikeresen visszatérők száma, illetve nem rövidült érdemlegesen a betegállományban töltött idő. A költségek között azonban jelentősek voltak a különbségek (Cole és mtsai 1997; Kronholm és Utkilen 1998; Ezrachi 1998).

Más részről, a legsúlyosabban fogyatékos emberek rehabilitációját, akiknek a teljes multidiszciplináris team igen intenzív munkájára van szüksége, csak erősen szakosodott intézetekben lehet hatékonyan ellátni. Ezek az állapotok lényegesen ritkábbak. Az erőforrások koncentrációja szükséges.

Végül további két szempontot említünk, amelyek befolyásolják a rehabilitációs szolgáltatások nyújtásának helyét. Idős emberek nehezen viselik el, ha megszokott környezetükből kiszakítják őket. Az idősödő társadalmakban – így hazánkban is – egyre nagyobb számban vannak olyanok, akik rehabilitációs szolgáltatásokra szorulnak. Részükre sokkal jobb, ha azt otthonuk közelében, otthonukból a lehető legkevésbé kiszakítva kapják meg.

A másik szempont az egészségügyi ellátással kapcsolatos lakossági elvárások és kultúra. Közép-Európában ez inkább az intézeti, fekvőbeteg-ellátást preferálja.

Kedveltek a szanatóriumok, szeretjük, ha „betegségünk” idején kiszolgálnak. Az ilyen mélyen gyökerező kulturális jelenségeket nehéz megváltoztatni.

Végül is egyetértünk Eldar (2000) javaslatával, aki integrált rehabilitációs szolgáltatások létesítése mellett érvel. A kórházi rehabilitációs szakasz jelentőségét az aktív tennivalók elvégzésében és a további időszakra a tervkészítésben látja.

Az ellátás minősége

Már a rendszerváltás előtt voltak törekvések arra, hogy a rehabilitáció személyi és tárgyi feltételeinek kialakítása egységes szempontok szerint történjen, de ezek nem bizonyultak megvalósíthatónak. A rendszerváltást követően a finanszírozás átalakítása az orvosi rehabilitáció intézményrendszerének extenzív fejlődését eredményezte. Az aktív osztályokon az ápolási idő csökkentése vált kifizetődővé, a krónikus osztályok rehabilitációs profil deklarálásával jutottak magasabb finanszírozáshoz. A szanatóriumok OEP-finanszírozása is csak rehabilitációs tevékenység kinyilvánítása esetén volt biztosítható. Az intézményrendszer növekedése nem járt együtt a személyi és tárgyi feltételek biztosításával. A rehabilitációs osztályok finanszírozása kizárólag az ÁNTSZ által kiadott működési engedélytől függ. Az engedélyek kiadásának sokszor nem feltétele a rehabilitációs szakfelügyelet jóváhagyása.

A rehabilitációhoz szükséges tárgyi feltételek viszonylag szerények. A rehabilitációs osztályokon azok szakmai profiljától függetlenül nélkülözhetetlen az akadálymentes környezet, ahol kórtermekben egy ágyra legalább 6-8 négyzetméter felület jut, és az osztály (épület) összes helyiségei kerekesszékekkel is megközelíthetők és használhatók. A terápiás profilnak és a rehabilitációs szemléletnek megfelelő kezelőhelyiségek, tornaterem, foglalkoztató-terápiás, fizioterápiás, pszichoterápiás helyiség, közös étkező, és szabadidő eltöltésére alkalmas helyiség állnak rendelkezésre.

Az orvosi rehabilitáció legfontosabb feltétele a szakképzett team megléte. A munkacsoportban a speciális profiltól függetlenül is legalább rehabilitációs szakorvos, szakápoló, gyógytornász, pszichológus, foglalkoztató-terapeuta és szociális munkás közös munkájára van szükség.

A rehabilitáció eredményeinek mérésére speciális funkcionális skálák szolgálnak. A Rehabilitációs Szakmai Kollégium a funkcionális skálák használatát szükségszerűnek tartja. A felvételnél, valamint az elbocsátás előtt végzett funkciófelmérést a rehabilitációs osztályok működésének minőségére jellemző indikátorként ajánlja használni.

Az OORI-ban, és több hazai rehabilitációs osztályon, évek óta végezzük a fogyatékoság felmérését, mind felvételnél, mind a páciensek hazabocsátásakor, különböző, a fogyatékoság típusának megfelelő speciális, valamint a mindennapi élettevékenységeket jelző általános tesztekkel (Dénes 2001; Kullmann és mtsai 1985, Szél 2000).

Hasonló funkcionális állapotfelmérésnek a finanszírozásban való megjelenítését szorgalmazták Wilkerson és munkatársai (Wilkerson és mtsai 1992). Elképzeléseik szerint vagy a valamilyen időpontban mért fogyatékosági fokozat (súlyosság), illetve annak időbeni változása szerint (pl. felvétel és elbocsátás, elbocsátás és egy kontrollidőpont között) végzett besorolás alapján történhetne a finanszírozás, vagy az egyéb alapon történő finanszírozás igazolását tenné lehetővé a funkciófelmérés. A páciens bizonyos teljesítménye felett így nem lenne igazolható az intézeti felvétel, mert további eredmény elérésének magasabb költségeit az már nem indokolja. Egy ilyen rendszer azonban szükségszerűen bonyolult, kellően érzékeny és megbízható felmérő eljárásokat igényel, ezért növelheti a költségeket, manipulálható, illetőleg manipulációra készítheti a szakszemélyzetet. Ezért tehát kevésbé a finanszírozás alapjaként, mint a szakmai munka minőségének egyidejű – a költségviselő által is követhető – ellenőrzésére alkalmas módszernek gondoljuk.

Hasonló gondolatmenet alapján, Magyarországon először Szél és Halmos (1994) stroke-betegek rehabilitációjára dolgoztak ki minőségi indikátorokat. Meglepetéssel tapasztaltuk később, hogy az Australian Council on Healthcare Standards (1997) nagyon hasonló minőségi indikátorokat dolgozott ki általában az orvosi rehabilitáció területére. A Rehabilitációs Szakmai Kollégium e két dokumentum alapján, valamint angol rehabilitációs szakmai irányelveket (Turner-Stokes 2002) figyelembe véve tett javaslatot az Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztériumnak a rehabilitációban alkalmazandó minőségi indikátorokra (11. táblázat). Az indikátorok kialakításánál figyelembe vettük, hogy kevés és túlterhelt a személyzet és sok az adminisztrációs kötelezettség.

Magyarországon az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter 2001-ben Kórházi Ellátási Standardokat (KES) hirdetett ki. A standardok kifejlesztése külföldi rendszereket mintául véve, a hazai feltételeknek megfelelően átalakítva, kórházak részvételével történt.

11. táblázat

A rehabilitációs Szakmai Kollégium által bevezetésre javasolt minőségi (folyamat- és eredmény-) indikátorok

Indikátor megnevezése	Az indikátorszámítás metodikája	Egysége	Hazai elfogadható érték, tartomány	Nemzetközi elfogadható érték, tartomány
Funkcionális állapot felmérés felvételnél	A felvételt követően maximum 5 napon belül elvégzett funkcionális állapot felmérés/felvett betegek száma X 100	%	javaslat: 95%	72-95%
Funkcionális állapot felmérés távozáskor	Az elbocsátást megelőzően elvégzett funkcionális állapot felmérés/elbocsátott beteg	%	javaslat 80%	54-96%

	száma X 100			
Team-megbeszélésen való részvétel	A rehabilitációs team által dokumentáltan megvitatott betegek száma/felvett betegek száma X 100	%	Javaslat: 95%	90-100%
Nem tervezett áthelyezés	Az előre nem tervezett kórházi áthelyezések száma/felvett betegek száma X 100	%	Javaslat: 20%	70% (amputáltak korai rehab.)
Halálozás	A rehabilitációs osztályon meghalt betegek száma/felvett betegek száma X 100	%	2%	
Halálozás auditálása	A halálozás miatt dokumentáltan auditált betegek száma/elhalálozott betegek száma X 100	%	100%	100%

Érdekes módon, Magyarországon – az európai uniós országok többségét megelőzve – az ISO-9000 szabványcsaládon alapuló kórházi minőség, megfelelőség tanúsítás honosodott meg. Ennek volt egyfajta verseny szülte magyarázata. Az iparban már működő rendszert alkalmazták, hiszen hazai kórházi ellátásistandard-rendszer a 90-es évek közepe táján még nem létezett. Ugyanakkor a kórházak átszervezési, finanszírozási fenyegetettséget éreztek, amelyből egyfajta menekülési útnak gondolták a tanúsítást. Az ISO alapú folyamatszabályozás nem mindenütt váltotta be a hozzá fűzött reményeket. Ez főleg olyan kórházakra jellemző, ahol külső szakértők támogatásával ugyan kialakították és tanúsították is a rendszert, de az nem vált az intézeti kultúra részévé (Belicza és Kullmann 2003). A külső tanácsadók és a tanúsítási eljárás, az ismételt felügyeleti auditok költségesek is.

Hollandiában létrehoztak egy szervezetet (Centraal Begeleidingsorgan voor de Intercollegiale Toetsing = CBO), amely a szakmai társaságok bevonásával, látogatásokon, ún. vizitáción alapuló minőségfejlesztést és tanúsítást végez. Ez tipikusan kollegiális minőségi felülvizsgálat, központi szervezésben (Lamberts 1996). Nagy előnye, hogy a szakmai minőségre koncentrálnak, kevésbé költséges, szűkebb szakmai területekre vonatkozik.

A Rehabilitációs Szakmai Kollégium és a Rehabilitációs Orvoslás és Fizikális Medicina Magyarországi Társasága felismerve a holland módszer előnyeit, intézetünk munkatársaival együtt kidolgozott egy hasonló rendszert. A vizsgálati szempontok kidolgozása során figyelembe vettük a CARF standardokat és Eldar irodalomkutatásának eredményeit is (CARF 2000; Eldar 1999; ORFMMT 2003). A jelentkezés önkéntes alapon történik. A látogatás során vizsgálandó kérdéscsoportok listáját mutatjuk be. (A teljes lista 78 vizsgálandó kérdést tartalmaz.)

- Dokumentáció (benne betegtájékoztató, betegpanaszok, funkciók felmérése is)
- A betegekre vonatkozó adatok, tapasztalatok (köztük az állapot súlyossága, minőségi indikátorok is)
- Szakember-ellátottság
- Kapcsolatok (többek között szociális szolgálatokkal, a fogyatékos emberek érdekvédelmi szövetségeivel)
- Építészeti akadálymentesség, adaptáció (pl. telefonálási lehetőség)
- Technikai felszereltség
- Az osztályok működése (teammunka, minőségfejlesztés, prevenciós programok, stb.)
- A személyzet továbbképzése (benne klinikai auditok, könyvtári szolgálat, publikációs tevékenység is)

Eddig négy hazai rehabilitációs intézetben, osztályon történtek kollegiális felülvizsgálati látogatások. A tapasztalatok feldolgozása folyamatban van. A résztvevők egyöntetűen állítják, hogy segíti a jó tapasztalatok átadását, az ellátás minőségének fejlesztését.

Következtetések:

1. Ahhoz, hogy a mai rehabilitációs ágyak valódi rehabilitációs kapacitást jelentsenek, a személyi feltételeket lényegesen kell javítani, mert jelenleg nem biztosítottak a szakszerű rehabilitációs tevékenység feltételei.
2. A járóbeteg-ellátás keretében nyújtott rehabilitációs szolgáltatások komoly fejlesztésre szorulnak.
3. A hatékony szakmai felügyelet és a tényleges, jó minőségű teljesítményre épülő finanszírozás kialakítása megkerülhetetlen.
4. A teljesítmény- és minőségellenőrzés rendszerét a rehabilitációban „A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása” alapján célszerű működtetni. Ehhez bizonyos adatokkal a rehabilitációs osztályok többsége rendelkezik, más területeken az állapotfelmérés, adatgyűjtés rendszerét ki kell alakítani.
5. A szakmai minőségfejlesztés monitorozására hollandiai kollegiális látogatás megfelelő módszernek tűnik.

Az egészségügyi rehabilitáció helye az önálló életvitel, a teljes körű foglalkoztatás rendszerében

Az orvosi modell és a fogyatékoság

Mi lehet az oka annak, hogy az orvoslás döntő mértékben az adott emberrel csak mint biológiai lényvel foglalkozik? Erre Lorentsen felfogása ad magyarázatot. Abból indul ki, hogy az ember teljesítőképessége összességében és részképességek vonatkozásában valamilyen adott szintet ér el. Ha ez a teljesítményszint elmarad a társadalmi elvárások szintjétől, akkor kialakul a fogyatékoság (Lorentsen 1982). Ez a felfogás tehát egyik oldalról az egyéni képességek és teljesítmény, másiktól a közösségi elvárások közötti meg nem felelésben látja a probléma lényegét.

Ezt a meg nem felelést két oldalról lehet befolyásolni. Egyrészt javíthatók az ember képességei és teljesítménye neveléssel, képzéssel, tanácsadással, kezeléssel és gyakoroltatással. Lényegében ezt teszi, erről az oldalról befolyásolja a kialakult problémát az orvostudomány és a gyógypedagógia is. Az orvoslás ezt elsősorban az emberre mint biológiai lényre hatva teszi. Másrészt megváltoztatható a társadalom oldaláról felállított elvárás- és követelményrendszer. Változtathatók a társadalmi attitűdök. Ergonómiai eszközökkel átalakítható a környezet. Felszámolható az építészeti akadályok. Inkluzív irányban átalakíthatók a szabályozó rendszerek és szolgáltatások. Ez utóbbi tevékenységi területek inkább a társadalom-, a műszaki, az építészeti és városrendezési tudományok tevékenységi körébe tartoznak. Elsősorban ezekre a tudományterületekre épülnek a szociális modell kínálta megoldások.

Az orvosi rehabilitáció tehát a fogyatékos ember képességeit fejlesztve járulhat hozzá a fogyatékoság problémájának csökkentéséhez. Ehhez alapvető szüksége van a biológiai állapot felmérésére, mert tevékenysége döntően ennek javítására irányul. A hagyományos orvosi ellátás nem is céloz mást, mint a gyógyítást. Ma azonban egyre több a nem meggyógyítható, a krónikusan beteg ember. Ebben a helyzetben feltétlenül

vitatható, hogy eleget tesz-e az orvos, ha csak gyógyít? A társadalmi közfelfogás szerint gyakran igen. Csak a rehabilitációs team vállalja a felelősséget az emberért a gyógyításon túl is. Ezért is változik az orvosi szemlélet éppen a fogyatékos és a rehabilitáció oldaláról.

A bemutatott jelenségek azzal is járnak, hogy az orvosi gyakorlatban a problémáknak általában csak a biológiai oldala kerül feltárára. Az orvosképzés a funkcionális diagnosztikát még nem tanítja. A rehabilitációt is csak jelképesen. Ennek további gyakori következménye, hogy még az orvosi rehabilitációs szükséglet sem válik nyilvánvalóvá. Az orvoslás lényegében megtartotta autokratikus és hierarchikus jellegét is. Ebben a beteg vagy fogyatékos ember nem aktív partner, különösen nem vitapartner, hanem döntések, utasítások passzív elszenvedője. A beteg tájékozott beleegyezése a kezelésbe törvény által előírt kötelezettség, mégis sokszor csak formálisan valósul meg. Az életminőség-vizsgálatokat ma még inkább csak gyógyszercégek végzik, termékeik előnyeinek alátámasztása, jobb eladhatósága érdekében. A gyakorló orvosokat csak most kezdi érdekelni betegeik életének minősége. Életminőség-vizsgálatok segítségével tárható fel az egyes emberek vélekedése saját helyzetükről. Ennek ismerete pedig nagymértékben segítheti az együttműködést a rehabilitáció folyamatában. A változások felgyorsítását a képzési rendszer megváltoztatásával lehetne elősegíteni.

Az orvostudomány eddig keveset foglalkozott a kisebbségi és hátrányos helyzetek kérdéskörével. Friss adat, hogy a cigány lakosság életkilátásai az európai összehasonlításban amúgy is igen kedvezőtlen hazai adatokhoz képest férfiak esetében 12,5, nők esetében 11,5 évvel rosszabbak (Nagy 2003). A cigány lakosság egészséges életmóddal kapcsolatos ismeretei hiányosak. Ennek kommunikációs és nevelési okai is vannak. Az egészségügyi szakembereknek több kommunikációs ismeretet kellene kapniuk képzésük során. Megfelelő egészségnevelési programok nagy valószínűséggel javíthatnának a helyzeten (Gyukits és Sándor 2003). A kisebbségi helyzet más hátrányos helyzetekkel kombinálódva az esélyeket tovább rontja. A képzettség hiánya

vagy alacsony szintje, a fogyatékoság, a szegénység, a migráció, a kisebb településen élés és a rossz családi környezet mind ilyen további hátrányos tényezőként értékelendő.

A tradicionális szemléletet Magyarországon is kezdi felváltani az „önálló, önrendelkező életvitel mozgalma” (independent living movement), amely egyre szélesedő tevékenységet jelöl ki a rehabilitáció számára, amelynek célja a fogyatékos ember aktív és alkotó részvétele a társadalom életében, a lehető legnagyobb önállóság és függetlenség elérése mellett, és ezzel párhuzamosan a társadalom felkészítése az akadályozott emberek befogadására (Gadó 2000). Az orvosi rehabilitáció a folyamat első lépéseként ezt elő tudja segíteni, hiszen célja a funkcióképesség lehetőség szerinti helyreállítása, a rehabilitáció további szükséges területei felé az átirányítás és a lehető legjobb életminőség elérése.

Az önálló, önrendelkező élet elérésének egyik alapvető lépése foglalkozási rehabilitáció. Célkitűzése a munkába állítás úgy, hogy a fogyatékos ember társadalmi presztízse – és keresete – ne romoljon, hanem ha lehet, javuljon.

A rehabilitáció folyamat jellege

Jelentős problémaként jelenik meg az orvosi rehabilitációból a foglalkoztatási rehabilitáció felé átvezető út teljes hiánya Magyarországon. Ilyen jellegű tevékenységnek ma hazánkban nincs finanszírozása.

Az orvosi rehabilitációból a foglalkoztatási rehabilitáció felé történő átmenet legfontosabb eleme a foglalkoztató (ergo-) terápia (2. ábra). Tevékenységi körét igen gyakran az önellátó képesség tanítására egyszerűsítik le, holott az sokkal több tevékenységet tartalmaz. Így tevékenységi körébe tartozik többek között a pszichés, kognitív, motoros és szenzoros képességek és a munkára alkalmasság felmérése. További feladatai ideális esetben a terápiás munka lehetőségének biztosítása is.

Mindezt kiegészíti a jóllét megőrzése, a biológiai, pszichés és szociális funkciók, valamint a társadalmi visszailleszkedés támogatása, pl. a környezet megfelelő átalakításával; a tevékenykedő és a munkavégző képesség fejlesztése, gyakoroltatása, és az eredmények stabilitásának a próbája (Mógánné 1999).

2. ábra

Az orvosi és foglalkoztatási rehabilitáció folyamatos átmenete

(Nemcsak a foglalkoztatást támogató tevékenységek kezdődnek meg az orvosi rehabilitáció alatt, hanem az orvosi rehabilitáció egyes tevékenységei is folytathatók a foglalkoztatási rehabilitáció idején.)

A rehabilitáció folyamatos megvalósítása szempontjából fontos tevékenység a munkavégzéshez is szükséges adaptációs stratégiák kialakítása. Az adaptáció ebben az értelemben olyan folyamat, amely az egyén és környezete hasznos viszonyának fenntartását támogatja (Thorén Jönsson és mtsai 1999).

A munkába való visszatérést az egyén képességei mellett nagyon sok más tényező is befolyásolja. Janssen és munkatársai (2003) a munkába való visszatérés és a munkakövetelmények közötti összefüggéseket vizsgálták, és figyelemre méltó összefüggéseket találtak. A munkába való teljes visszatérést a pszichésen terhelő munkakörülmények és a munkavállalóval szembeni magas képességi követelmények valamelyest gátolták, munkahelyi (munkakör, munkaidő, munkakörülmények) adaptáció alkalmazása esetén azonban inkább motiváló hatásúaknak bizonyultak. Hasonlóan elősegítette a munkába való visszatérést a főnöki támogatás, amely nemcsak a betegállomány alatti érdeklődést, hanem a munkahelyi problémák kezelésében nyújtott segítséget is magában foglalta.

Úgy gondoljuk, hogy Magyarországon kifejezetten sok hátrányos tényező, ellenkező irányú motivációs hatás, különböző irányokban érdekelt finanszírozók, valamint szervezetlenség akadályozza a foglalkoztatási rehabilitációt és a rehabilitáció megszakításmentességét. Ezek a tapasztalatok a „case manageri” munka lehetséges jótékony szerepére hívják fel a figyelmet.

Mi is a case management? Az alábbiakban bemutatjuk céljait, tevékenységi területeit, szolgáltatásait és a case managerek munkájához szükséges ismereteket. Az összeállítást a Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities két standard kézikönyve alapján készítettük, és kiegészítettük néhány más forrás alapján (CARF 1995; 2000, Dembe 1997). Ezek szerint a case management célirányos, módszeres segítséget nyújt a fogyatékos embereknek a rehabilitáció teljes folyamata alatt, annak minden szakaszában.

Célja: a támogatott egyénnek az általa választott közösségbe történő újra integrálása. Ennek érdekében pozitív változások elérését segíti az egyén képességeiben és körülményeiben, miközben védi jogait.

Munkájának kiindulópontját az egyén szükségletei képezik. Minden egyes támogatott személyre szabott case management tervet készít a fenti cél elérése érdekében. Információkat gyűjt az adott emberről, valamint a szolgáltatásokról és szabályozókról. Megállapítja a számára szükséges szolgáltatásokat és anyagi eszközöket, (ezek egyénenként eltérőek lehetnek), és ezek biztosítását koordinálja. Munkájáról írásos tájékoztatót készít. A case manager tehát koordinálja és támogatja az egyén ellátását a felvételtől a rehabilitációs folyamat lezárásáig.

A case manager szolgáltatásai a következők lehetnek:

- koordinálja az egyén szükségleteinek felmérését, értékelését
- koordinálja a szolgáltatások megtervezését
- krízishelyzetben koordinálja a segítségnyújtást
- támogatja az egyént külső pénzügyi források igénybevételeiben
- folyamatosan figyelemmel kíséri az ellátás és a munkába visszatérés folyamatát
- megszerzi azokat a szolgáltatásokat, melyek az egyén alapvető emberi szükségleteinek kielégítéséhez nélkülözhetetlenek, pl.: élelem, lakás
- segíti a társadalmi újra beilleszkedést, ezen belül a lehetőség szerint önálló hivatásszerű munkavégzést.

A case manager alapképzettsége korábban a leggyakrabban diplomás ápoló volt, újabban inkább foglalkoztatási, ergonómiai szakembereket alkalmaznak.

Kompetenciája a következő:

- ismeri a fogyatékoságok különböző fajtáit
- ismeri a rehabilitáció lehetőségeit (szolgáltatók, tevékenységek)
- ismeri a jogszabályi környezetet
- megfelelő ismeretekkel rendelkezik a felhasználható pénzügyi forrásokról

- jó tárgyalási készséggel kell rendelkeznie.

A case management nemcsak az Amerikai Egyesült Államokban terjedt el. Alkalmazza például a német balesetbiztosítási rendszer, és több fejlődő ország is (Aulmann, 1997). A tevékenység elnevezésére általában nem használnak fordítást, ezért mi sem törekedtünk magyar elnevezés megalkotására.

Következtetések:

1. A rehabilitáció gyakorlatában különböző időbeni szakaszok és feladatok különíthetők el. Vannak olyan helyzetek és időszakok, amelyekben inkább az egyén oldaláról lehet a fogyatékoság problémáját csökkenteni. Ilyenkor a – reményeink szerint fokozatosan átalakuló – orvosi tevékenységnek van kiemelkedő szerepe.
2. Más helyzetekben és időszakokban az egyén támogatásában más tevékenységek és ezekkel együtt az önálló, önrendelkező életvitel modell szerepe kerül előtérbe. Ez jelentősen hozzájárul a fogyatékos emberek esélyegyenlőségének megteremtéséhez.
3. A rehabilitáció megszakításmentes folyamatának biztosítása céljából hasznos lehet a rászoruló emberek útját egyengető szakemberek, case managerek alkalmazása.

Köszönetnyilvánítás

A szerző köszönetet mond az adatok megújításában nyújtott segítségéért Kémenczy Jánosné OORI informatikai csoportvezetőnek.

Irodalom

Aulmann, H.: Die Rehabilitation – ein wesentlicher Bestandteil der Rehabilitation. Proc. 3. Internationaler Kongress über Medizinisch-rechtliche Aspekte von Arbeitsunfälle. Band II. HVBG, Sankt Augustin, 1999. p. 35--46.

Balázs A.: Az autista gyermekek az óvodában és az iskolában. In: Illyés S. (szerk.): Gyógypedagógiai alapismeretek. Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kara, 2000.

Belicza É. -- Kullmann L.: Kérdőíves felmérés a kórházak minőségügyi tevékenységéről, 2002. Kórház 2003; X/1-2: 14--18.

Beswick, AD -- Rees, K.-- Griebisch, I. et al.: Provision, uptake and cost of cardiac rehabilitation programmes: improving services to under represented groups. Health technology assessment 2004; 8: 1--166.

Cole, D. -- Frank, J. -- Hogg-Johnson, S. -- Mondloch, M. -- Shield, S. -- Sinclair, S.: Effectiveness of an early active intervention program for workers with musculoskeletal injuries. 3. Internationaler Kongress über Medizinisch-rechtliche Aspekte von Arbeitsunfälle. Band II. HVBG, Sankt Augustin, 1999. p. 85--92.

Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities: 1995 standards manual and interpretative guidelines for employment and community support. Tucson AZ, CARF, 1995.

Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities: Performance indicators for rehabilitation programs. Tucson AZ, CARF, 1998.

Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities: 2000 medical rehabilitation standards manual. Tucson AZ, CARF, 2000.

Czeizel E. -- Lányiné Engelmayer Á. -- Rátay Cs.: Az értelmi fogyatékoságok kóreredete a „Budapest-vizsgálat” tükrében. Budapest, Medicina, 1978.

Dembe, AE.: New models for workers' compensation medical care in the United States. Proc. 3. Internationaler Kongress über Medizinisch-rechtliche Aspekte von Arbeitsunfälle. Band II. HVBG, Sankt Augustin, 1999. pp.77--83.

Dénes Z.: Tesztek használata a mozgásszervi rehabilitációban: a FIM (Functional Independence Measure) skála. Rehabilitáció 2001; 11: 97--100.

Egészségügyi Világszervezet. A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi osztályozása. I. III. kötet. Budapest, Népjóléti Minisztérium 1995.

Egészségügyi Világszervezet. A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása, Budapest, EVSz-EszCsM-OEP, 2004.

Eldar, R.: Quality of care in rehabilitation medicine. Int J Quality in Health Care 1999; 11: 73-79.

Eldar, R.: Integrated institution-community rehabilitation in developed countries: a proposal. Disabil Rehabil 2000; 22: 266--274.

Ezrachi O.: Outcomes measurement and quality improvement in an acute rehabilitation setting: description of the Rusk Institute of Rehabilitation Medicine (RIRM) program evaluation system. Arch Phys Med Rehabil 1998; 79: 1342.

Fekete Gy.: Rehabilitáció a gyermekkorban. In: Huszár I. -- Kullmann L. -- Tringer L. (szerk.): A rehabilitáció gyakorlata. Budapest, Medicina, 2000.

Forray RK...: Nemzetiségek, kisebbségek. Educatio 1998/1; 50--66.

Göllesz V.: Gyógypedagógiai intézmények egészségügyének személyi és tárgyi feltételei. In: Göllesz V. (szerk): Gyógypedagógiai iskola-egészségtan. Budapest, Tankönyvkiadó, 1984.

Gyukits Gy.-- Sándor I.: A romák egészségnevelését szolgáló oktatási programok a Dzsumbujan. Lege Artis Medicinae, 2003; 13: 85--87.

Halász G. -- Lannert J.: Az oktatás társadalmi és gazdasági környezete. In: Halász G. -- Lannert J. (szerk): Jelentés a magyar közoktatásról 2000. Budapest, Országos Közoktatási Intézet, 2000.

Halász P.: Epilepsziás betegek rehabilitációja. In: Katona F. -- Siegler J.: Orvosi rehabilitáció. Budapest, Medicina, 1999.

Hollán Zs. (szerk.): Orvosi lexikon. Budapest, Akadémia. 1969--1972.

Illyés S. -- Bass L.: Az általános iskolai gyenge tanulók és a kisegítő iskolai tanulók szüleinek értelmi színvonala és társadalmi helyzete. Gyógypedagógiai szemle 1986; 14: 196--203.

Janssen N, van den Heuvel WPM, Beurskens AJHM, Nijhuis FJN, Schröer CAP, van Eijk JTM.: The Demand-Control-Support model as a predictor to work. Int J Rehabil Research 2003, 26, p.1--9.

Kertész Gy.: A magyar orvosi rehabilitációs ellátórendszer. In: Huszár I. -- Kullmann L. -- Tringer L. (szerk.): A rehabilitáció gyakorlata. Budapest, Medicina, 2000. p. 56--75.

Kórházi ellátási standardok kézikönyve. Egészségügyi Közlöny, 2001; 24: 2973--3041.

Kronholm, K. -- Utkilen U.: The Bergen study: „back to work” – results from large randomized controlled study regarding rehabilitation of musculoskeletal disorders. 6th Eur. Congr. Res. in Rehabil. Berlin, 1998.

Kullmann L. -- Dénes M. -- Kémenczy J.: A fogyatékoság felmérése Budapest VIII. kerületének 60 éven felüli lakosságában. Rehabilitáció 1998; 8: 81--85.

Kullmann L. -- Zala M. -- Major A. -- Padosné Dezső É. -- Till F.: Alsóvégtag amputáltak rehabilitációs eredményeinek mérése a Barthel-index és a Russek-skála segítségével. Balneol Rehabil 1985; 6: 17-14.

Lamberts, MJMH.: Quality management by and for medical specialists. 13th Conference of the International Society for Quality in Health Care. Book of Abstracts. Jerusalem, 1996. p. 153.

Legg, L. -- Langhorne, P.: Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: systematic review of randomised trials. Lancet 2004; 363: 352--356.

Loretsen, Ø.: Provision of technical aids for the handicapped in Norway. Copenhagen, WHO EURO, 1982.

Mógánné Tölgyessy Sz.: A foglalkoztató terápia szerepe a rehabilitációban. In: Katona F, Siegler J. (szerk.): Orvosi rehabilitáció. Medicina, Budapest, 1999. p. 353--359.

Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége. Mozgáskorlátozottak szükségleteinek felmérése. Budapest, MEOSZ, 1996.

Nagy Z. (szerk): Stroke ellátás. Agyi érkatasztrófák tünettana, diagnosztikája, kezelése és komplex ellátásának korszerű szervezése. Springer Hungarica, Budapest, 1994.

Nagy Zs.: Konfliktusok közepette: a cigánykérdés Magyarországon. *Lege Artis Medicinae* 2003; 13: 81--83.

Organisation Mondiale de la Santé. Constitution. *Chronique de l'OMS*, 1947; 1: 30--44.

Az Orvosi Rehabilitáció és a Fizikális Medicina Magyarországi Társasága. A vizitációs rendszer tematikája. *Rehabilitáció* 2003;13(3-4): 42--43.

Periquet AO. Community based rehabilitation services: The experience of Bacolod, Philippines and the Asia/Pacific region. New York, World Rehabilitation Fund, 1984.

Roy, CW. – Arthurs, Y. – Hunter, J. – Parker, S. – McLaren, A.: Work of a rehabilitation medicine service. *Br Med J* 1988; 197: 601--604.

Siró B. -- Bódor Cs. -- Horgos K.: A rehabilitáció iránti igény epidemiológiai becslése. In: Huszár I. -- Kullmann L. -- Tringer L. (szerk.): *A rehabilitáció gyakorlata*. Budapest, Medicina, 2000. p. 47--55.

Stucki, G. -- Ewert, T. -- Cieza, A.: Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disabil Rehabil* 2002; 24: 932--938.

Szél I.: Állapotfelmérés és tervkészítés a rehabilitáció folyamatában. In: Huszár I., Kullmann L., Tringer L. (szerk.): *A rehabilitáció gyakorlata*. Budapest, Medicina; 2000. p. 78--90.

Szél I. -- Halmos B.: Hemiplegiásokat, ill. stroke-betegeket ellátó rehabilitációs osztályok működésének kritériumai. Rehabilitáció, 1994, 4: 280--284.

The Australian Council on Healthcare Standards: Clinical indicators in Summary. Sydney, ACHS, 1997.

Thorén Jönsson, AL – Möller, A. -- Grimby G.: Managing occupations in everyday life to achieve adaptation. Amer J Occupational Ther 1999; 53: 353--362.

Tót É.: Hátrányos helyzetű tanulók családi körülményei. Educatio 1997/1: 8--23.

Turner-Stokes, L.: Clinical governance in rehabilitation medicine: The state of the art in 2002. Clin Rehabil 2002; 16: Suppl. 1.

Wilkerson, DL., Batavia, AI., DeJong, G.: Use for functional status measure for payment of medical rehabilitation services. Arch Phys Med Rehabil 1992; 73: 111--120.

World Health Organisation. Disability prevention and rehabilitation. Geneva, WHO, 1976.

World Health Organisation. International classification of impairments, disabilities and handicap. Geneva, WHO, 1980.

World Health Organisation. WHOQOL: measuring quality of life. Geneva, WHO, 1997.

World Health Organisation. International classification of functioning, disability and health. Geneva, WHO 2001.

No virus found in this incoming message.

Checked by AVG Free Edition.

Version: 7.1.394 / Virus Database: 268.9.4/375 - Release Date: 2006. 06. 25.