

# otthonápolás

A Magyarországi Otthonápolási és Hospice

Egyesület Szakmai Magazinja



## A tartalomról:

Szakmai koncepció  
a regionális orvosi  
rehabilitációs  
szolgáltatások  
fejlesztésére

Transzplantáción átesett betegek  
ápolása

Gyógyászati segédeszköz ellátás  
és otthoni ápolási rendszer  
Hollandiában



# SZAKMAI KONCEPCIÓ

## a regionális orvosi rehabilitációs szolgáltatások fejlesztése konstrukciókhoz

EGÉSZSÉGPOLITIKAI FŐOSZTÁLY

FEJLESZTÉSPOLITIKAI ÉS STRATÉGIAI-ELEMZÉSI FŐOSZTÁLY

2008. AUGUSZTUS 22.

### Tartalomjegyzék

1. BEVEZETŐ
2. AZ ÉRINTETT SZAKTERÜLET BEMUTATÁSA, HELYZETELEMZÉS, INDOKOLTSÁG
3. A KONCEPCIÓ KOHERENCIÁJA AZ UNIÓS, NEMZETI ÉS ÁGAZATI PROGRAMOKKAL
4. AZ ORVOSI REHABILITÁCIÓ RENDSZERÉBEN SZÜKSÉGES STRUKTÚRA VÁLTOZTATÁS KONCEPCIÓJA
5. A REGIONÁLIS MODELL LÉNYEGI ELEMEI

### Az orvosi rehabilitáció regionális modell

*Készült: a Rehabilitációs Szakmai Kollégium, a Debreceni Egyetem Orvosi és Egészségtudományi Centrum Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Tanszék, a Rehabilitáció és Fizikális Medicina Magyarországi Társasága valamint a Rehabilitációs Szakfelügyelet szakmai bizottságának javaslata alapján, a pszichiátriai rehabilitáció tekintetében felhasználva a Lelki Egészség Operatív Programhoz betervezett szakmai dokumentumokat*

## 1. BEVEZETŐ

A rehabilitáció olyan komplex, az egészségügyi, oktatási, képzési, foglalkoztatási és szociális rendszerekben megvalósuló folyamat, amelynek célja a valamely okból képességeikben megfosztott emberek képességeinek fejlesztése, lehető legteljesebb helyreállítása. A rehabilitáció ideális esetben olyan folyamat, amely az egyén szükségleteihez alkalmazkodó tevékenységekre és a rehabilitálandó személy aktív részvételére, együttműködésére épül.

Elsőrendű célja a teljes értékű társadalmi részvétel lehetőségének megteremtése. Ennek megfelelően a rehabilitáció egyrészt állami jelentőséggel bír, másrészt kizárólag társadalmi összefogással valósítható meg, az egyes részterületek szoros együttműködésével és összefogásával.

## 2. AZ ÉRINTETT SZAKTERÜLET BEMUTATÁSA

Alapvető jelentőségű az **egészségügyi rehabilitáció**, mely a funkcióképesség helyreállításával megalapozza a lehető legjobb életminőség elérését. Különös jelentősége van ezen belül a **pszichiátriai rehabilitációnak**, mely a betegek bio-pszicho-szociális egyensúlyának visszaállításával a mindennapi életbe való reintegrálódást és a társadalmi befogadást segíti elő a maga sajátos eszközeivel.

Az **oktatási-képzési rehabilitáció** egyrészt a sajátos nevelési igényű gyermekek speciális oktatását, gyógypedagógiai nevelését, másrészt a felnőttkorúak felzárkóztató-, illetve szakmai képzését, átképzését foglalja magába. A **szociális rehabilitáció** a társadalomba, a közösségbe való visszatérést célozza a szociális szolgáltatások útján. Eszköztára a mindennapi életvitelhez szükséges készségek, valamint a szociális együttélési stratégiák fejlesztése, a visszaesés megelőzése. A szociális rehabilitáció intézkedései közé tartozik az anyagi támogatás és a szociális gondozás, a megfelelő lakás és közlekedési lehetőségek biztosítása, a szabadidő kul-

turált és egyenrangú eltöltésének elősegítése, az érdekképviselői szervek egyes szolgáltatásai és a társadalom szemléletének formálása is. A **foglalkozási rehabilitáció** célja a tartósan akadályozott emberek munkaerő-piaci integrációját elősegítő feltételek megteremtése, hogy egyfelől az érintett emberek alkalmassá váljanak a minél teljesebb értékű foglalkoztatásra, érdekeltek legyenek a munkavállalásban, másfelől a munkáltatók befogadóvá váljanak a fogyatékos emberek iránt. Növekedjék a fogyatékosokkal élő emberek között a foglalkoztatottak, mindenekelőtt az integráltan foglalkoztatottak száma és aránya. Leszögezhetjük tehát, hogy az orvosi rehabilitáció képezi az alapját minden további lépésnek, ezért a medicina ezen önálló ágának jelentősége nem kérdéses. Az orvosi rehabilitáció tehát:

- konkrét rehabilitációs cél érdekében történik,
- számos szakember multidiszciplináris team-munkáján alapul,
- az egészségügyi szektornál szélesebb bázisra kötődik, hiszen a társadalomba (munkaerő-piacra, iskolába, családba) történő mielőbbi be- vagy visszailleszkedést szolgálja,
- ugyanakkor tevékenységei az egészségügyi ellátások esetében szokásos módon protokollokban rögzíthető, tervezhető, és indikátorokkal mérhetőek.

Az orvosi rehabilitáció jövőképe, hogy a modern orvoslás teljességét a prevenció – kuráció – rehabilitáció egysége alkotja. Az ezredforduló kezdetén számos új kihívással kell szembenéznünk, többek között:

- A rehabilitáció alulértékelt a klasszikus orvoslás más ágaihoz képest, ami paradox módon nem változik olyan mértékben az elfogadás irányába, mint azt a növekvő igények indokolnák.
- Kevés a szakember, ezen belül az orvosi rehabilitáció különböző területein szakorvosi képesítéssel rendelkező szakorvosok száma.
- Egyedül a Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrumában működik 2006 július 1-től Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Tanszék. A Semmelweis Egyetemen a tanszék kialakítása folyamatban van. Összességében tehát a rehabilitáció, mint tudományág képviselője nem megfelelő.
- A szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyenetlen, mely sérti az esélyegyenlőség elveit.
- A jelenleg rehabilitációként nyilvántartott ellátások változó szakmai tartalma, ehhez kapcsolódóan a finanszírozás egyenetlensége.

A felsorolt problémákra a megoldás nem lehet más, mint az egyes területeken összehangolt stratégia alapján lépésről-lépésre haladva a helyzet megváltoztatása a szakmai szükségletek szerint.

### HELYZETELEMZÉS, INDOKOLTSÁG

#### 2.1. Orvosi rehabilitáció általában

Az orvosi rehabilitáció egyre meghatározóbb tevékenységi forma az egészségügyi ellátásokon belül. A prevenció – gyógyítás – gondozás – rehabilitáció természetesen egymásra épülő elemek, amelyek közül az utóbbi kettőre krónikus állapotok ill. egyes funkciók akadályozottsága esetében van szükség. Az orvosi rehabilitáció azonban még keresi az „identitását” az ellátó rendszerben.

Tapasztalataink szerint sok a rehabilitációs osztályokon végzett, rehabilitációnak „álcázott” ápolási tevékenység. A rehabilitációs ellátás minőségi indikátoraként használt átlagos ápolási nap és átlagos halálozás összevetéséből az derül ki, hogy a belgyógyászati jellegű rehabilitációs osztályok átlagos ápolási ideje 30 napot meghaladja és a halálozás jelentősen túllépi a Rehabilitációs Szakmai Kollégium által elfogadhatónak ítélt értéket.

Másik alapvető probléma a nagymérvű területi egyenlőtlenségből adódik, ami erősen korlátozza a betegek egyenlő hozzáférési jogát a rehabilitációhoz. Az országban a kilencvenes évek első felében sem volt azonos a 10 ezer lakosra jutó rehabilitációs ágyak aránya: a 2886 ágy fele (1420) Budapesten, további 32%- a Dunántúlon helyezkedett el. A fejlesztések is főként e területeken zajlottak 2000-ig: a Közép-Dunántúlon 140-ről 1003-ra, a többi dunántúli területen kétszeresére nőtt az ágyak száma. A legjobban a Délalföldi Régió volt lemaradva, itt ötszörösére ugyan (98-ról 482-re) emelték az ágyak számát, de még így is a legutolsó a régiók sorában. Budapesten további 700 ágy létesült (ebből közel 500 belgyógyászati rehabilitáció céljára). Ehhez a nagyarányú ágyszám fejlesztéshez néhány országos ellátási jogosultságú intézmény- csoport, mint Balatonfüreden a kardiológiai rehabilitáció és Hévízen a mozgásszervi rehabilitáció terén, erőteljesen hozzájárult. A területi egyenlőtlenségeket a fejlesztések a későbbiek során sem tudták kiegyenlíteni.

A területi egyenlőtlenség belső szerkezeti egyenlőtlenségeket is takar.

Jelenleg tehát egy torz rehabilitációs ellátó rendszert működtetünk, amelynek a legfőbb anomáliái az alábbiak:

- A rehabilitáció iránti szükséglet egyre nő, de a minimum feltételek és a progresszivitási szintek mégis kevés területen érvényesülnek,
- A szolgáltatók működésének minőségi kontrollja és akkreditációja nem teljes,
- Területileg egyenetlen a rehabilitációs ágyak eloszlása, emiatt hosszú a várakozási idő és számos beteg nem, vagy későn kerül rehabilitációs kezelésre,
- Nagy a rehabilitációs osztály mögé bújtatott, lényegében ápolási tevékenység aránya, ennek fő okai:
  - o kevés az ápolási és krónikus ágyak száma adott területen, ezen osztályokon nincs valódi rehabilitáció,
  - o a meglévő kapacitás jelentős részén rendszeresen ismételt (karbantartó jellegű) ellátás folyik,
  - o járóbetegként ellátható személyek részére biztosítanak fekvőbeteg ellátást,
  - o a nagyobb bevétel (a krónikus alapszorzónál jobb rehabilitációs szorzó) megszerzéséért lobby helyzet alakult ki.
- Csak egyes területeken léteznek országosan egységes szakmai szabályok és a finanszírozás alapját jelentő szakmai irányelvek.

## 2.2. Pszichiátriai rehabilitáció

A modern társadalmakban élő emberek számára igen nagy kihívást és nehézséget jelent, hogy megbirkózzon az utóbbi évszázadban tapasztalt igen gyors, és elsősorban pszichológiai válaszokat igénylő változásokkal. A kihívás alatt teljes életforma váltást kell értenünk, a korai anya-gyermek kapcsolat megváltozását, a lakóhelyi és munkahelyi környezet urbanizálódását, a nagycsalád értékátadó szerepének jelentős gyengülését, a tömegtájékoztató norma- és értékközvetítő szerepének előtérbe kerülését. Mindezek a jelenségek az emberi adaptációs képességeket rendkívül súlyos, és korábban nem tapasztalt szakítópróbának teszik ki, ami az

adaptáció zavaraiából származó egyensúlyvesztés pszichológiai és élettani következményeit eredményezi. Az adaptáció tartós zavarának jeleként kialakuló krónikus stresszállapotot, illetve annak következményét a pszichiátria depresszióknak, a pszichológia tanult tehetetlenségnek, vitális kimerültségnek vagy kontrollvesztésnek, a szociológia relatív deprivációnak nevezi. A lényeg azonban mindezen jelenségekben, hogy a modern életfeltételekhez való alkalmazkodás kudarca, elsősorban a lemaradó rétegekben az életminőség olyan fokú tartós romlásával jár együtt, amely nem csupán jelentős szenvedést jelent számukra, hanem alapvető szerepet játszik a korai egészségromlásban és az idő előtti halálozásban.

A gazdasági aktivitás hatására térve a hazai kutatások szerint Magyarországon a lakosság rossz általános egészségi állapota miatti munkaképtelenség, illetve általában a munkanélküliség, különösen a tartós munkanélküliség relatíve magas aránya a mentális egészségproblémák fontos kockázati tényezője.

A pszichiátriai rehabilitáció problémái lényegében megegyeznek az egészségügyi ellátórendszer általános gondjaival. Elavult az infrastruktúra, jellemző a kórházközpontú ellátás, a XIX. századi járványügyi koncepciót tükröző pavilonrendszer. Belső strukturális aránytalanságok állnak fenn. Ezek következménye, hogy számos esetben nem áll rendelkezésre a megfelelő korszerű szolgáltatás, ami a hozzáférési esélyek tekintetében is egyenlőtlenséghez vezet. A humán kapacitás szerkezete hiányos, az orvosok és szakdolgozók száma nem elégséges, megoszlása kifejezetten egyenetlen.

Hiányos az átmenet az egészségügyi és a szociális rendszer között. A ma ellátottak körülbelül egy harmadának nem kórházi ellátásban kellene helyet kapniuk. A szociális ellátások fizikai infrastruktúrája tekintetében elsődlegesen a tartós és átmenti bentlakást nyújtó intézmények szorulnak korszerűsítésre, illetve jelentős kapacitásbővítésre. Az intézmények túlterheltek, nagyon sok a várakozó, a várakozási idő eléri a 6-9 évet. A pszichiátriai és szenvedélybeteg naplali ellátásai sok helyen egyáltalán ki sem épültek, máshol jelentős kapacitáshiányokkal küzdenek.

## 3. A KONCEPCIÓ KOHERENCIÁJA AZ UNIÓS, NEMZETI ÉS ÁGAZATI PROGRAMOKKAL

Az Egészségügyi Minisztérium által az Új Magyarország Fejlesztési Terv előkészítésének időszakában kidolgozott, végül 2006. májusában elfogadott – az ágazati reform hosszú távú cselekvési programjából az Unió támogatást igénylő intézkedések tartalmát kidolgozó – Egészséges Társadalom Komplex Program (ETKP) „Krónikus ellátások fejlesztése” című prioritása az alábbiakat tartalmazza (50. o.):

*„Komplex rehabilitációs hálózat kialakítása:*

*Fejlesztésre kerülnek a fekvőbeteg ellátó egységek, teamek, otthonápolási szolgáltatók (a szociális szakellátás, a gyógyturizmus, a hospice elemeinek összehangolásával, ápolási osztályok, foglalkoztatók és nappali kórházak fejlesztésével). A rehabilitációs ellátásának szervesen illeszkednie kell az akut ellátáshoz, annak érdekében, hogy a szervi gyógyítás mellett az önellátási képesség és a munkaképesség visszanyerése is kellő hangsúlyt kapjon a gyógyítási folyamatokban. A rehabilitációs ellátásnak egyrészt igazodnia kell az egyes progresszív szintek sajátosságaihoz, másrészt speciális saját ellátórendszer kialakítására van szüksége, és szervesen illeszkednie kell a szakmai programok igényeihez, onkológiai, kardiológiai, gyermek pszichológiai rehabilitációhoz, stroke rehabilitációhoz. A kórházi ágyszerkezet átalakításánál jelentős számú aktív ágy kapacitást kell átalakítani rehabi-*

litációs kapacitássá, teljes kórházak szakkórházzá tételével is. Emellett fejleszteni kell a járóbeteg-, nappali- és mobil szolgáltatások palettáját is annak érdekében, hogy a rehabilitáció a lakosság közeli ellátások között elérhető legyen. A rehabilitáció, mint egészségügyi szolgáltatás, együtt kell, hogy működjön a társadalmi reintegrációért felelős szociális ellátással, illetve a definitív ellátásokat (ápolás, hospice) nyújtó intézményekkel.”

A fentiekre tekintettel az Új Magyarország Fejlesztési Terv „Fejlesztési stratégiájában” a prioritásokat leíró fejezetben a „3. Társadalom megújulása” prioritás részét képezik az alábbiak (7. o.):

„A humán infrastruktúra fejlesztése, amelynek tervezett eszközei: fizikai, környezeti és kommunikációs akadálymentesítés, a **rehabilitációs rendszerének** korszerűsítése, a gyermekek napközbeni ellátásainak fejlesztése, többfunkciós humán szolgáltató központok létrehozása; a nagy létszámú szociális és gyermekvédelmi intézmények korszerűsítése; a szakképzés infrastrukturális feltételeinek javítása, regionális képzési hálózatok kialakítása; oktatási és egészségügyi informatikai fejlesztések; a felsőoktatási alpinfrastruktúra, a műszaki és természettudományos képzést szolgáló infrastruktúra, a szolgáltató- és innovációs központok megerősítése; az egészségügyi ellátórendszer struktúraváltását támogató ellátási formák és az infrastrukturális feltételek javítása, prevenciós, gyógyító és **rehabilitációs célú** kiemelt **egészségügyi intézmények fejlesztése**; az integrált foglalkoztatási és szociális szolgáltató rendszer infrastrukturális feltételeinek megteremtése; kulturális szolgáltatásokhoz és a kreatív gazdasághoz kapcsolódó fejlesztések; az Európa kulturális fővárosa projekt.”

Ezen túlmenően a dokumentum a horizontális szempontok között külön is kitér a rehabilitációs fejlesztések fontosságára (70. o., utolsó bekezdés):

„A fejlesztések során figyelemmel kell lenni a fogyatékosággal élő emberek speciális szempontjaira is. Segíteni kell aktív társadalmi részvételüket, és biztosítani kell számukra az egyenlő esélyű hozzáférést (fizikai, környezeti és kommunikációs akadálymentesítéssel, valamint a rehabilitáció feltételrendszerének korszerűsítésével).”

A humán infrastruktúra fejlesztése prioritás tartalmának részletes leírásakor a dokumentum felhívja a figyelmet az alábbiakra (96. o., utolsó bekezdés):

„A gyógyítás mellett a **megelőzés** és a testi-lelki **rehabilitáció** intézményrendszerének kiemelt fejlesztésére is szükség van.”

Az Új Magyarország Fejlesztési Terv fenti rendelkezéseire tekintettel az egyes Operatív Programok tartalmának kialakítása során – az ágazati régiós egyeztetésekre is figyelemmel – az összes Regionális Operatív Program (ROP) humáninfrastruktúra-fejlesztési prioritásába egységes tartalommal bekerült az egészségügyi rehabilitációs szolgáltatások fejlesztése.

Dél-Alföldi Régió Operatív Programja (90. o.):

„A régióban a gyermekkorúak részaránya folyamatosan csökken, miközben az idősebbeké nő, ez a tendencia a jövőben még erősebb lesz, ezért az idős korosztály problémájának megoldása nem halogatható. Ezzel összhangban a **rehabilitációs szolgáltatások fejlesztését**, és a mobil egészségügyi szolgálat integrált működtetését fejleszteni szükséges, természetesen nem csak az idősekre koncentrálva, hanem az aktív lakosságot is figyelembe véve.”

Dél-Alföldi Régió Operatív Programja (84. o.):

„A helyzetelemzésben bemutatottak alapján indokolt, egy a régió céljait szolgáló és az ágazati reformelképzelésekkel összhangban lévő **komplex rehabilitációs hálózat** kiépítésének támogatása. A prioritás keretében valós igényeket megjelenítő, aktív kereső személyeket célzó rehabilitációs és az idősellátás térségi szolgáltatásainak fejlesztése a cél, **az egészségügyi reform keretében a struktúraváltással érintett kistérségekben**. A rehabilitációs szolgáltatások fejlesztése hozzájárul ahhoz, hogy az egészségügyi ellátás e formájára rászoruló munkaerő mihamarabb ismét megjelenjen az elsődleges munkaerőpiacon, mint egészséges munkaerő.”

Észak-Alföldi Régió Operatív Programja (74-75. o.):

„A képzettség mellett a foglalkoztathatóságot meghatározó másik tényező a lakosság egészségi állapota, amelynek javítása érdekében a prioritás keretében támogathatók a helyi szinten biztosítandó egészségügyi alap-, és a térségi alapon szervezett járóbeteg szakellátás bizonyos elemei, valamint az **egészségügyi rehabilitáció** infrastrukturális fejlesztése.”

„Korszerű egészségügyi rendszer háttérfeltételeinek kialakítása (rehabilitáció, térségi alapú integrált alapellátás intézményi fejlesztése, fekvőbeteg ellátással nem rendelkező kistérség már meglévő járóbeteg szakellátásának korszerűsítése), infrastrukturális fejlesztése.”

Észak-Magyarországi Régió Operatív Programja (89. o.):

„A foglalkoztathatóság javítása, ezen belül az **egészséges munkaerő biztosítása érdekében** magas színvonalú, a **betegségek** korai felismerését, **rehabilitációját segítő egészségügyi ellátás biztosítása**, különösen a súlyos társadalmi problémákkal küzdő kistérségekben.”

Közép-Magyarországi Régió Operatív Programja (95. o.):

„A krónikus ellátás rendszerének fejlesztése a **regionális rehabilitációs központok** és az idősellátás kialakítására koncentrálnak. Az egészségügyi szolgáltatók párhuzamos aktív fekvőbeteg ellátásainak megszüntetését regionális szakmai és költséghatékonysági szempontok is sürgetik, amelyek révén a rehabilitációs szolgáltatások előtérbe kerülnek. A **rehabilitációs ellátásnak szervesen illeszkednie kell az akut ellátáshoz**, annak érdekében, hogy a szervi gyógyítás mellett az önellátási képesség és a munkaképesség visszanyerése is kellő hangsúlyt kapjon a gyógyítási folyamatokban.”

Közép-Dunántúli Régió Operatív Programja (98., 99-100. o.):

„Közvetlen cél ... egy korszerű és hatékonyan működő egészségügyi és szociális ellátórendszer kialakulásához való hozzájárulás, mely az intézményrendszer szolgáltatás kínálatához kapcsolódó infrastrukturális fejlesztése mellett magában foglalja az egészséges életmód elsajátítását célzó képzéseket, valamint **egészségügyi rehabilitációs** és prevenciós technikák **támogatását** is.”

„A beavatkozási terület két nagy szakterület, az egészségügy és a szociális szolgáltatások területileg összehangolt fejlesztését célozza, amely egyrészt a lakosságközeli egészségügyi ellátások, a rehabilitáció, geriátria, a prevenciós technikákhoz kapcsolódó szolgáltatások támogatása által hozzájárul a lakosság egészségügyi helyzetének javulásához, másrészt a társadalmi kirekesztéssel leginkább veszélyeztetett csoportok helyzetének javulását segíti elő a szociális és gyermekjóléti alapellátások infrastrukturális fejlesztése és a szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférés biztosítása révén.”

Nyugat-Dunántúli Régió Operatív Programja (99. o.):

„A régió aprófalvas településszerkezete és a lakosság rossz egészségügyi helyzete miatt alapvető fontosságú az egészségügyi ellátások és szolgál-

tatások elérhetőségének javítása és lehetőség szerint helyben biztosítása. Az egészségügyi szolgáltatók (főként városi kórházak) párhuzamos aktív fekvőbeteg ellátásainak megszüntetését szakmai és költség-hatékonyági szempontok is sürgetik, amelyekkel párhuzamosan a krónikus és **rehabilitációs szolgáltatások**, valamint a járóbeteg ellátási formák megszervezése, **kialakítása** valósul meg. A kiszolgáló terápiás funkciókat az erőforrás koncentráció okán célszerű a meglévő szakmai programokkal rendelkező, azt ellátni kívánó egészségügyi szolgáltatókra összpontosítani, az igénybevehető rehabilitációs szolgáltatásokat pedig ezek köré szervezni.”

## 4. AZ ORVOSI REHABILITÁCIÓ RENDSZERÉBEN SZÜKSÉGES STRUKTÚRA VÁLTOZTATÁS KONCEPCIÓJA

### 4.1. Orvosi rehabilitáció általában

Az egészségügy struktúra átalakításának egyik fő célterülete az aktív kórházi ágyak számának csökkentése és az ellátásoknak a rehabilitáció területére, krónikus ellátásra illetve a járóbeteg forgalomba történő átirányítása. A rehabilitáció tehát kulcsfontosságú szakterület a rendszer egésze szempontjából.

Az orvosi rehabilitáció magas szinten történő művelésének számos kritikus területe van, amelyek tisztázása nélkül szakszerű fejlesztése nem valósítható meg:

- Az egészségügyi ellátást rehabilitációs szemléletűvé kell alakítani.
- Az orvosi rehabilitációt, mint önálló szakterületet, a tartós ápolástól, az idősebb korosztály komplex ellátásától és a krónikus kórházi kezelést igénylők ellátását szolgáló programoktól elkülönítve szükséges fejleszteni.
- Ki kell emelni az orvosi rehabilitáció növekedő feladatköreit és komplexitását a lakosság öregedésével, és a munkaképességgel kapcsolatban.
- Az orvosi rehabilitáció kapcsolatát a foglalkoztatási, pedagógiai és a szociális rehabilitáció eszköz-rendszerével és céljaival össze kell hangolni, az intézkedéseket egységes szemlélettel, lehetőleg közös nyelvezettel – ami ideálisan az FNO-n alapul – szükséges fejleszteni.
- Az orvosi rehabilitáció szakmailag két alapvető csoportra bontható, úgymint aktív és programozható.
  - o Aktív vagy korai rehabilitációs ellátás, ami az intenzív kezelés befejezése után a rehabilitáció AZONNALI megkezdését jelenti elsősorban a traumatológiai, neurotraumatológiai, cerebro- és cardiovascularis akut esemény után. Ennek feltételeit hatékonyan területi centrumokban, aktív ellátási spektrummal rendelkező környezetben lehet megvalósítani. A nagy szakember igény, továbbá a speciális ágyak, és különleges gyógyászati segédeszközök költsége jelentős.
  - o A programozható rehabilitációs ellátás ismételt ellátást, karbantartó kezelést jelent, mely szervezhető kisebb kórházak területén és kistérségekben
- A rehabilitáció területén az ellátási egyenetlenségek nagyok. A járóbeteg kapacitás – összességében elégtelen – fejlesztése feltétlenül indokolt.
- Az orvosi rehabilitációs ellátó rendszer fejlesztésével egyidejűleg a hiányzó szakemberek – orvosok, és más diplomás és szakdolgozók – képzéséről gondoskodni szükséges.
- Az orvosi rehabilitációhoz jelentős és speciális gyógyászati

segédeszköz igény kapcsolódik.

### 4.2. Pszichiátriai rehabilitáció

A korszerű, aktív pszichiátriai gondozás a lakosság-közeli ellátásokra és a közösségi alapú pszichiátria elveire épül. Az egészségügyi ellátás struktúraváltási igénye és a területi különbségek mérséklése során elsődleges feladat a lakosság-közeli ellátások fejlesztése, valamint az integrált regionális ellátórendszerek kialakítása, infrastruktúra fejlesztése.

A hatékony közösségi ellátás feltételezi a medikális ellátórendszer fent jelzett decentralizálása mellett az egészségügyi, illetve szociális ellátó rendszer integrálását, működésének koordinálását. Ehhez közösségi ellátó központokat kell létrehozni, amelyekben egyaránt elérhető a közösségi alapú egészségügyi gondozás és a speciális szociális alapellátás, nappali ellátás. Ez a szociális munka dominánsabb megjelenését, a kórházban végzett szociális munka átalakítását jelenti az egészségügyi ellátásban.

A komplex közösségi rehabilitációs hálózat kialakítása magába foglalja a szociális szakellátást, a hospice elemeinek összehangolásával kialakított ápolási osztályokat, a foglalkoztatókat és nappali kórházakat. A rehabilitációs ellátásnak szervesen illeszkednie kell az akut ellátáshoz, annak érdekében, hogy a gyógyítás mellett az önellátási képesség és a munkaképesség visszanyerése is kellő hangsúlyt kapjon. A rehabilitációs ellátásnak egyrészt igazodnia kell az egyes progresszív szintek sajátosságaihoz, másrészt speciális saját ellátórendszer kialakítására van szüksége. Emellett fejleszteni kell a járóbeteg- nappali- és mobil szolgáltatások palettáját is annak érdekében, hogy a rehabilitáció a lakosságközeli ellátások között elérhető legyen.

A pszichiátriai rehabilitáció területén olyan komplex, integrált rendszert kell kialakítani, amely egyenlő hozzáférésű, megfelelő kapacitású, költség-hatékony és a fogyatékos, a funkciócsökkenés okozta szükségleteket, illetve a különleges életkori igényeket is képes kielégíteni.

## 5. A REGIONÁLIS MODELL LÉNYEGI ELEMEI

### 5.1. Orvosi rehabilitáció általában

Az orvosi rehabilitáció átfogó programja szorosan kapcsolódik a négy Nemzeti program mindegyikéhez. Közös jellegzetessége az orvosi rehabilitációnak, amely minden profilra egyaránt igaz, az a funkcionális diagnosztikai és a funkciók javítását célzó multidiszciplináris megközelítés. További közös jellemző, hogy az orvosi rehabilitáció egy komplex rehabilitációs tevékenység egyik területe, szervesen hozzátartozik a pedagógiai, foglalkoztatási és szociális rehabilitáció. Az egészségügyi törvény megfogalmazásában: „A rehabilitáció olyan szervezett segítség, amit a társadalom nyújt az egészségében, testi vagy szellemi épségében ideiglenes vagy végleges károsodás miatt fogyatékos személynek, hogy helyreállított, vagy megmaradt képességei felhasználásával ismét elfoglalhassa helyét a közösségben.

Ugyanakkor minden orvosi rehabilitációs profilnak vannak sajátosságai, amelyek szakmai és módszertani jellegűek (a funkcionális vizsgálatok és terápiás programok tekintetében egyaránt), ebből adódóan az orvosi rehabilitáció egységes szakmai elveken nyugvó önálló diszciplína, azonban speciális profilokra osztható, amelyek egy-egy jellegzetes funkciózavar csoporthoz kötődnek ill. életkori sajátosságokat fejeznek ki.

A régiós modell fontos jellemzője, hogy az országban jelenleg fellelhető

és az ezután létesítendő rehabilitációs ellátók esetében egységes elveken alapuló szolgáltatási, felvételi és minőségi kritériumokat határoz meg, leírja az ellátási kompetenciákat, szabályozza a betegutakat, a várólistára kerülést, megjeleníti a progresszivitást.

### Első szint (I.): ALAPSZINTŰ ELLÁTÁS

A kívánatos működőképes regionális modellben az ellátások döntő többsége az I. ellátási szinten realizálódik, amelynek ideális központja a kistérségi ellátó központ. A központ a háziorvosi ellátással, valamint az otthoni szakápolással kapcsolatot tartva, annak tevékenységét segítve és kiegészítve nyújt ellátást járóbeteg, illetve részben nappali kórházi jellegű formában a kistérségi központban ill. a betegek lakásán.

A kistérséget tartjuk a minőségében elfogadható szinten működtethető legkisebb olyan egységnek, amelyben a team munka megvalósulhat. Ezen szolgáltatók ideálisan rendelőtintézetű laboratóriumi és radiológiai alapvizsgálatokkal, esetleg sürgősségi ellátással kiegészítve kiváló ellátási központok lehetnek az adott területen élők számára. A kistérségekben dolgozó rehabilitációs team-ok szoros kapcsolatot tudnak tartani a lakóhely-közeli ellátást nyújtó házi betegápolási szolgálatokkal, amelyek révén egyes terápiás ellátások a beteg lakóhelyén is szolgáltathatók.

- Feladata a programozható rehabilitáció bármilyen betegségben beállított program esetén, kivéve azokat az eseteket, amelyekre ismételt rehabilitációs szükséglet esetén is csak a III vagy II. szintek vállalkozhatnak speciális szakmai okok miatt.
- Olyan szolgáltatást nyújthat, ami járóbeteg-szakellátás illetve nappali kórházi körülmények között (utóbbira akkor van lehetőség, ha a kistérségi központ városi kórházhoz kapcsolatosan működik) biztonsággal végezhető a kompetencia szintek, személyi feltételek figyelembe vételével.
- Területi ellátási kötelezettsége a kistérségre terjed ki.
- A kistérségi ellátásban a team-et a háziorvos irányítja, aki – amennyiben rehabilitációs ismeretekkel nem rendelkezik – a beteg szakrendelésre történő beutalásával konzíliumot kérhet a rehabilitációs szakorvostól.
- A háziorvosi képzésbe szükséges beépíteni a minimális rehabilitációs ismereteket. A már működő praxisokban dolgozó háziorvosok számára alapfokú oktató program készítése szükséges, amelyből a nélkülözhetetlen ismereteket megszerezhetik.
- Gyógytornász, ergoterápiás asszisztens vagy ergoterapeuta, fizioterápiás asszisztens, valamint dietetikus rendelkezésre kell, hogy álljon, pszichológus, logopédus és szociális munkatárs szükség esetén elérhető kell legyen. A jelenlegi rendszerben a házi betegápolási szolgálat áll ehhez a formához a legközelebb, a jövőben azonban a kistérségi járóbeteg központokban javasoljuk a szolgáltatás nyújtását.
- A minimális team létszáma 4 fő teljes munkaidőre vetítve, akik egyidejűleg maximum 24 beteggel foglalkozhatnak ambuláns vagy nappali ellátó rendszerben. Az ideális terapeuta / beteg arány: 1:6.
- Az ellátásokban legalább minden rehabilitált személynek heti rendszerességgel, a számára legszükségesebb ellátást egyéni foglalkozás formájában kell biztosítani összesen heti 90 percben egy ülésben vagy két részben. A többi ellátás lehet csoportos is, összes időráfordítás heti 150 perc minimálisan és 210 perc maximálisan.
- Az ellátást lehetőleg közösségi területen kell nyújtani, amennyiben a beteg oda el tud jutni ill. oda szállítása megoldható. Ellenkező esetben a lakásán történik az ellátás, a rendszeres szakorvosi ellenőrzés azonban a rendelőben — járóképtelen beteg esetében a lakáson.
- Az ellátás tartama időben korlátozva van. Célszerűen kúraszerű

ellátásokat kell nyújtani, amelyekben meghatározott céllal történik egy programcsomag tartalmának megfelelő rehabilitációs ellátás. Az összesen 15 órát magába foglaló kúra (4,5-6 hét tartam) végeztével, az állapotváltozásokat dokumentálni szükséges (pl. FNO, az FNO- GYsegítségével).

- Ismételt kúra elrendeléséhez rehabilitációs szakorvosi ellenőrzésen született funkcionális cél megjelölésével ellátott javaslat szükséges. Minimális felszerelést a rendeletben szabályozott minimum feltételek szerint kell biztosítani.

Összességében tehát a jövőben ezen szint kell képezze a legnagyobb volumen az ellátások körében, s válhat a nemzetközileg elfogadott Community-Based Services (CBS) fogalmával azonos lakóhely-közeli ellátó rendszerré.

Az alapszintű kistérségi rehabilitációs ellátás megteremtése fokozatosan vezethető be azzal, hogy a jelenleg is működő „jó gyakorlatot” kell felhasználni, bővíteni, finanszírozási technikáit kialakítani. Ezen projekt-szerű működés eredményeképpen kerülhet sor a tevékenység országos kiterjesztésére, az ellátórendszer e tárgyú komplettálására az alábbiak szerint:

- meg kell határozni az e szinten nyújtott ellátás pontos, részletes, interszektoriálisan kiérlelt szakmai tartalmát,
- meg kell határozni az elrendelésre jogosult egészségügyi szolgáltatók körét és jogosultságát,
- be kell illeszteni a finanszírozás lehetőségét jogszabályi szinten az otthoni szakápolás rendszerébe annak belső logikája alapján azzal, hogy immár nem csak a kórházi ellátások kiváltására kerülne e körben sor,
- az Egészségbiztosítási Alap keretében gondoskodni kell a tevékenység forrásának fedezetéről.

### Második szint : JÁRÓ- és FEKVŐBETEG TERÜLETI ELLÁTÁS

A modellben a második szintet a működő rehabilitációs szakrendelések, osztályok és rehabilitációs szakkórházak képviselik. A mozgásszervi rehabilitáció terén van leginkább kiépítve ez a rendszer, azonban a területi egyenlenségek igen jelentősek e tekintetben is. Ezen ellátás két szintre bontható.

#### Második szinten belül (II a) alsó szint

Városi, fővárosi, megyei kórházak rehabilitációs osztályainak tevékenységéhez illeszthető e körbe, melyek elsősorban területi megosztásban profilírozott fekvőbeteg és területi ellátási kötelezettségű járóbeteg szakellátást végeznek.

- Ellátási körében tartozik programozható rehabilitációval bármilyen betegségben, aktív rehabilitáció olyan rehabilitációs profil(ok)ban, amely(ek)re a feltételek adottak. Nem foglalkozhat olyan esetek ellátásával, amelyekre ismételt rehabilitációs szükséglet esetén is csak a III vagy II. b. szinten vállalkozhatnak valamilyen speciális ok miatt.
- Azon szolgáltatásokat nyújthatja, melyek fekvőbeteg ill. nappali kórházi és járóbeteg szakellátási körülmények között biztonsággal végezhetőek a meglévő adottságok alapján a kompetencia szintek figyelembe vételével.
- Területi ellátási kötelezettsége a járó és fekvőbeteg szakellátásban az általa vállalt betegcsoportokban az adott egészségügyi szolgáltatóhoz (kórházhoz) tartozó területre terjed ki.

- A rehabilitációs osztályt, szakrendelést csak rehabilitációs szakorvos vezetheti, aki a team-et is irányítja. Személyi feltételek a továbbiakban a rendeletekben megadott feltételek szerint.
- Az egy egységként (egy team) kezelt ágyszám nem lehet 50 ágynál több.

#### Második szinten belül (II.b.) felső szint:

A rehabilitációs és egyéb szakkórházak, nagyobb megyei / fővárosi kórházi rehabilitációs osztályok, országos intézetek tevékenysége tartozik e körbe, melyek nem rendelkeznek a komprehzív teljes körű rehabilitációs ellátási spektrummal.

- A II.a szinttől abban különbözik, hogy a programozható ellátásokon felül tevékenységi körébe tartozik mindazon aktív és programozható rehabilitáció, amire a feltételek fekvő- és járóbetegszakellátás szintjén megvannak.
- Amennyiben gyermekekkel (is) foglalkozik, gyermekgyógyász munkatárs kell legyen az ellátó team-ben.
- Résztvevő képzőhelyként célszerű akkreditáltatni a területileg illetékes orvosi egyetem által, hogy részt vehessen a szakorvosok képzésében fegyelembé véve az ellátottak szakmai összetételét, a számát és a team összetételét.
- A rehabilitációs osztályt csak rehabilitációs szakorvos vezetheti, aki a team-et is irányítja. Az osztályon minimálisan két rehabilitációs szakorvos dolgozik.

#### Harmadik (III.) szint

A legmagasabb ellátási szintet az országos rehabilitációval foglalkozó intézetek és a centrumok képviselik. A progresszivitás legmagasabb szintjét képviselő ellátók felelősek a szakorvosok képzésének irányításáért és a rehabilitáció módszertanának fejlesztésért is.

Fő feladata a korai intenzív rehabilitáció végzése progresszivitási ellátási kötelezettséggel. Országos hatókörű rehabilitációs intézményekben és regionális rehabilitációs központokban speciális rehabilitációs programokra szakosodott ambulanciákkal együtt működtethető. Ezek a központok felelősek egy vagy több régió szakorvos-képzési programjairól is. Elsősorban területi megosztásban profilírozott fekvőbeteg és speciális konzultációs járóbeteg rendelést végeznek.

- Ellátási tevékenysége elsősorban a korai aktív rehabilitáció (az ágyak 80%-án aktív korai rehabilitáció végzése indokolt).
- Amennyiben az aktív ellátásra nincs várólistán lévő betegük, a programozható ellátás aránya nőhet.
- Nem minden III. szintű centrum végezhet súlyos központi idegrendszeri sérült ellátást a neurológiai ellátásokon belül, csak az erre akkreditált centrumok. Amennyiben agysérültekkel és gerincvelő sérültekkel is foglalkozik, fül-orr-gégész vagy bronchológus konziliáriusi szinten szükséges. Természetesen, ha gyermekekkel (is) foglalkozik, gyermekgyógyász munkatárs kell legyen az ellátó team-ben.
- Területi ellátási kötelezettsége: a járó- és fekvőbeteg szakellátásban az általa vállalt betegcsoportokban a centrumhoz tartozó területre terjed ki. Ez általában minimálisan egy régiót érint, de vonatkozhat más földrajzi elhelyezkedésre is a helyi adottságoknak megfelelően.
- Köteles a rehabilitálható súlyos betegeket az erre a betegségekre kijelölt teljes területről felvenni, vagy szükség szerint várólistára tenni.
- Kompetencia területén teljes jogú képzőhelyként akkreditálása szükséges, folyamatosan részt kell vevény az orvosi és szakorvosi képzésben.

## 5.2. Pszichiátriai rehabilitáció

#### Első szint: ALAPELLÁTÁS

A kistérségi ellátó központok létrehozása után a pszichiátriai ellátásnak is szervesen kapcsolódnia kell ehhez a szervezeti formához. Ebben az alapellátást támogató kistérségi pszichiátriai járóbeteg-szakellátó központok fejlesztésére van szükség, a megfelelő szociális ellátásokkal is integráltan. A pszichiátriai betegek ellátása szempontjából különösen fontos az otthonápolás kapacitásainak bővítése.

Kistelepülési szinten alapvető szolgáltatás biztosíthatóak elsősorban a házi orvosi szolgálat továbbképzése, és egyes kompetenciák jogszabályi elismerése és finanszírozása mellett mobil tanácsadó-konzultatív szolgálat formájában.

A házi orvos és a házi gyermekorvos szerepe kiemelt a pszichoszociális rehabilitációban a családdal való szoros együttműködésük, a beteggel kialakított hosszú távú jó kapcsolatuk és a páciensre vonatkozó sokrétű ismereteik következtében. Biztosítani kell, hogy a házi orvosok tevékenységét a pszichiátriai gondozók és pszichiátriai szakrendelések érdemben támogathassák konziliáriusi –konzultációs („konzultációs-kapcsolati pszichiátria”) szolgálat formájában.

#### Második szint: JÁRÓBETEG szakellátás

A szakmailag magasabb ellátási igényű esetek ellátása terén a kis- és mikrotérségi szinten kell keresni a megoldást, ahol a rendelkezésre álló szakembereket és forrásokat a költséghatékony működtetés érdekében koncentrálni lehet. Első lépésként a meglévő gondozói hálózatot meg kell erősíteni, képessé kell tenni őket a többi ellátási forma és intézmény számára a megfelelő pszichiátriai szakmai háttér biztosítására, a rendszer helyi koordinálására. Az így megszilárdult „magra” épülhetnének rá az újonnan telepített ellátási formák és intézmények.

Ideális esetben a pszichiátriai gondozó egy-egy területi egység pszichiátriai ellátásának központja („community mental health center”). Ez a szerveződés hatékonyabb, mint a kórház központú pszichiátriai ellátás. Ennek megfelelően a pszichiátriai betegek közösségi szociális ellátása a pszichiátriai gondozói hálózattal mintegy integrálódik, nem párhuzamos struktúráként jelenik meg. Ezt a rendszert egészítik ki a speciális gyermek- és ifjúsági pszichiátriai, valamint addiktológiai gondozók, drogambulanciák, valamint a pszichiátriai szakrendelések, melyek működhetnek kórházban, rendelőintézetben, önállóan, illetve nem közfinanszírozott ellátás formájában is.

A jelenlegi gondozóhálózat fejlesztése során a jelenlegi, túl nagy ellátási körzeteket lényegesen csökkenteni, a dolgozók létszámát jelentősen növelni kell, ugyanakkor a krízisellátás, a szociális ellátás egyes elemeit a beteg közvetlen lakókörnyezetébe kell áthelyezni a gondozó intézményéből (esetmenedzser-szemlélet.)

#### Harmadik szint: FEKVŐBETEG szakellátás

A pszichiátriai és gyermekpszichiátriai osztályokat aktív-rehabilitációs részleg bontásban célszerű szervezni, az ellátási szükségletnek jobban megfelelő ágystruktúrát kell kialakítani, az aktív-krónikus arányt javítani kell. A pszichiátriai, valamint a gyermek és ifjúságpszichiátriai rehabilitációs ágyakat a pszichiátriai ellátáshoz kell integrálni.

A rehabilitációs intézményrendszer lassú, késleltetett, egyenetlen ütemű fejlődésen esett át, azonban az alapszinten kiépülő komplex rehabilitációs hálózat a fekvőbeteg ellátás szintjén forrásokat, illetve kapacitásokat szabadíthat fel, amelyek az alternatív ellátási formák fejlesztésére fordíthatóak. Ezek közé tartozik az ún. nappali kórházi ellátás, amely:

- lehetővé teszi a betegek fokozatos rehabilitációját,
- a pszichiátriai kontroll egyre közvettebb és segít az egyre önállóbb életvitel kialakításában,
- megelőzi a hosszan tartó kórházi kezelés hospitalizációs szövődményeit,

## 1. sz. melléklet

### AZ ELLÁTÓ EGYSÉGEK DEFINÍCIÓJA

#### 1. Rehabilitációs osztály

- Biztosított minimum feltétel
- II.a. szintű besorolás.

#### 2. Rehabilitációs szakkórház

- Legalább két eltérő profilú rehabilitációs osztály önálló kórházi keretek között, profiloknak megfelelő rehabilitációs szolgáltatásokkal. Minimálisan egy aktív betegellátó osztály (belgyógyászat, reumatológia, aktív pulmonológia, stb.) működtetése ajánlott a szakkórházban. Elsősorban a már jól működő szakkórházak dinamikus fejlődését lehet így biztosítani.
- A feltételek a programozott rehabilitációs ellátásnak kedveznek, korai aktív rehabilitáció akkor végezhető, ha ennek feltételei megvannak (pl. azonos profilban aktív osztály, intenzív osztály) – a szükségletektől függően az ágyak 50%-án.

#### 3.a. Regionális rehabilitációs centrum

- A szakterület szerint szükséges teljes rehabilitációs team rendelkezésre állása biztosítva van.
- Speciális rehabilitációs diagnosztikára képesek. Pl. urodinamikai vizsgálat, intravesicalis elektroterapia, stb.
- Speciális eszközökkel rendelkeznek, pl. intrathecalis gyógyszeradagoló pumpa programozása
- Speciális szakembert/eszközöket igénylő rehabilitációs programot tudnak biztosítani.
- Speciális funkciójavító műtétekre képesek (pl. kézműtét, tenotomiák, heterotrop ossificatio, tracheostenosis csonkcorrekció, plasztikai műtét, Pace- maker implantatio, stb.).

Itt történhet a regionális neuror rehabilitáció (koponyaagy sérültek, gerincvelősérültek), a szív-műtéten átesett betegek korai rehabilitációja, stb. Az aktív diagnosztikai és terápiás szükséglet rehabilitációs profilonként eltérő. Az intézményben több rehabilitációs osztály működik. Az ilyen centrumokban a választott profilban nyújtandó speciális szolgáltatásokhoz szükséges aktív osztály (-ok) működtetése ajánlott, de elérhetősége szükséges.

A tevékenység zöme III. szintű ágyakon történik, ezek minimum feltételeit szükséges teljesíteni. Fő profilok egy része (subspecialitása) lehet II b. szintű ellátás is.

A feltételek a korai aktív rehabilitációnak kedveznek — elvárható, hogy ezen intézmények elsősorban és döntően korai aktív rehabilitációt végezzenek és a progresszivitás elve szerint a súlyos, de rehabilitálható betegeket átvegyék a vonzáskörzetből — szükség szerint más régiókból

#### 3.b. Rehabilitációs országos intézet

Egy profilú is lehet, országos felvételi körrel és kapcsolódhat centrumhoz szakmai együttműködéssel. A feltételek egyebekben előbbivel azonosak.

#### Betegutak a rehabilitációs ellátás igénybe vételéhez

- Rehabilitációs osztályra beteg előzetes rehabilitációs szakorvosi konzíliumot követően kerülhet. A konzílium lehetőleg személyesen

történjen, a beteg vizsgálatával (aktív osztályról történő átadás szándéka esetén ágy mellett, területéről történő beutalás esetén rehabilitációs szakambulancián vagy szakorvosi rendelésen történő vizsgálat alapján) vagy ennek lehetetlensége esetén telefonos konzultációval és írásos dokumentumok megküldésével.

- Rehabilitációs osztályra ill. rehabilitációs programba kerülés előfeltétele a beteg rehabilitálhatósága. Elsőségi szempontok: a korai aktív rehabilitáció szükségessége, olyan szövődmények megjelenése, amelyek a rehabilitációt sürgőssé teszik ill. olyan állapotromlás veszélyének a fennállása, ami miatt a késlekedés lényeges funkcióvesztést okoz.
- A súlyos, de rehabilitálható állapotban lévő betegek felvételére korai aktív rehabilitációra az ágyszámok ismeretében előre meghatározott ágy-kontingenst kell rendelni, amelyhez a speciális feltételeket (személyi és tárgyi) megfelelő finanszírozás mellett szükséges biztosítani.
- A beutalás lehetőségét – megfelelő szakmai garanciák és irányelvek mentén - ki kell terjeszteni az alapellátás orvosaira is. Csak így várható el, hogy ez az ellátási szint is felvállalja a rehabilitáció végzését.

#### Aktív korai rehabilitáció esetén

• Aktív osztályról, ill. szakellátásról elsődlegesen a területileg illetékes és a beteg állapotának megfelelő szintű, távolságban a legközelebbi ellátóhoz kell utalni. Amennyiben kizárólag III. szintű rehabilitációs centrumban ellátható rehabilitációs probléma áll fenn (pl. agysérülés, gerincsérülés), azonnal a megfelelő centrumba irányítandó előzetes konzíliumot követően.

- Amennyiben az állapota által indokolt szintű, az aktív osztályhoz legközelebb található ellátóban várólistára kerülne, meg kell kísérelni a régió belül más, hasonló profilú intézményében az elhelyezést, a megyei rehabilitációs szakfőorvost erről értesíteni kell.
- A régió kívüli rehabilitációs ellátók igénybe vételére akkor kerül sor, ha:
  - o a várólista elkerülése csak így lehetséges
  - o a beteg körülményei indokolják (pl. egyetlen közeli hozzátartozó aki látogatni tudja, másik régióban él)
  - o olyan rehabilitációs kezelést kíván meg az állapota, ami a régió belül nem elérhető
  - o az adott ellátás területi ellátási kötelezettség alapján más régióban történik.
- Kibocsátás az aktív korai rehabilitáció időszakából:
  - o Az aktív rehabilitációt végző osztály zárójelentésében nyilatkozik a tényről, hogy az aktív rehabilitáció az elbocsátáskor befejeződött vagy szünetel, továbbá, hogy milyen szinten igényli a beteg a rehabilitációs program folytatását (aktív továbbra, hol, ill. programozható és milyen szinten).

#### Programozható rehabilitáció esetén:

- Beutalás a rehabilitációs első ellátó osztályról közvetlenül, vagy szak- ill. alapellátásból rehabilitációs konzíliumot követően. A primer rehabilitációs ellátó által megszabott ellátási szintet respektálni szükséges. (Döntően alapellátási és II.a. ellátási kompetencia)
- Várólista a programozott rehabilitáció esetében természetes.
- Területen kívüli ellátás igénybe vételére akkor kerülhet sor, ha:
  - o a beteg problémája ezt indokolja (pl. programozható speciális gyógyvízhez vagy klímahelyhez kötött rehabilitáció, ami a térségben nincs) és amennyiben a szóban forgó ellátási szükséglet valóban a rehabilitációt igényli, és nem rekreációról van szó.