

Általános észrevételek:

A REP-ek dokumentálása nagyfokban megnöveli az adminisztrációs terhet:

- az eddigi 2-2 FNO helyett 5-5 FNO kódolása, az összes társbetegség kötelező lekódolása. Ezen túlmenően, ha a beavatkozásokat ellenőrizni akarják, hogy a beteg megkapta-e az előírtakat, akkor rengeteg beavatkozást kell lekódolni, amit eddig nem kellett. – az egyedi finanszírozásnak ez az ára. Néhány intézet ezt már eddig is megtette – előtanulmányként, hónapok óta.
- 3-as BNO-ként megadott kódok egy része ma tiltott kód!– fel lesznek oldva
- Az egyes REP-eknél megadott funkcionális kódok kötelező jelleggel használandók, vagy csak példák és más kódot is lehet használni?kötelező a megadott, de ezen felül szabadon használhatóak továbbiak
- a változást jellemző tesztek és kimeneti jellemzők lesznek-e kódolva? A rehabilitáció eredményessége befolyásolja-e a finanszírozást? Ha igen, mit tekintünk eredményesnek?
- ez a kérdéscsoport későbbi fázisban kerül terítékre, lesz külön képzés róla

A profilok kialakítása sok kérdést vet fel és nem minden esetben érthető az elv:

Ha bármelyik nemzetközileg elfogadott tankönyvet, a White Book-ot és egyéb irányadó dokumentumot tekintünk, ugyanez a rendezőelv érvényesül, mivel egyes betegség csoportok köré épül önálló rehabilitációs entitás, más esetben a tünetekre épül a rehabilitációs entitás. Ha valaki hosszasan foglalkozik sok vagy legalább többféle rehabilitációs ellátással ezek a kérdések nem ilyen élesen merülnek fel.

- Miért van gastroenterológiai profil és miért nincs más szakmaspecifikus profil?
Miért van a chr. vesebetegségnek REP-je? - Részben hazai hagyományok, részben nemzetközi tapasztalatok alapján került a REP rendszer összeállításra.
- Ilyen alapon minden krónikus betegségnek lehetne REP-je és nevezhetném rehabilitációnak a gondozását. A REP 11-1 –ben leírt állapot sok más krónikus betegségben szenvedő emberre igaz: „...ez az állapot tartós funkciózavarokat (... , anyagcserezavart, cardiovascularis szövődeményeket, csontanyagcsere zavart, immunológiai rendellenességeket) okoz, és ezeken keresztül különböző fogyatékoságokat eredményez. Súlyosbítja a betegek helyzetét az alapbetegségükhöz szövődmények, illetve a ... kezelés mellett kialakuló kísérő betegségek (... , felgyorsult atherosclerosis következtében kialakuló cardiovascularis szövődmények, mozgásszervi elváltozások, stb.) társulnak. A ... betegek egyre idősebbek, a munkaképességük jelentősen csökken, és súlyos pszichoszociális gondokkal küszködnek. Mindezek következtében az önellátási képesség, a napi rutinfeladatok ellátása, a terhelhetőség, a járásképeség, az erőnlét, s mindezek psychés feldolgozása gyakran károsodik.”
- Incontinentiarehabilitációja - csak személyt lehet rehabilitálni de állapotot nem -, mint funkciózavaré egyik REP-ben sincs, 20-as REP-be bele lehetne építeni.- Az incontinen betegekkel történő rehab. foglalkozás része a 20-as REP-nek, de szerves része a 15, 18-3-nak is. szerepel továbbá az 1-1, 2- REP-ekben is.
- 60/2003-as rendeletben 6-1, 8-1 és 9-1 –es REP-ek esetén III-as progresszivitási szinten csak úgy vállalhatóak, ha legalább 2-ben a feltételek rendelkezésre állnak. Ezzel szemben pl. AMP

csomagban ha III-as progresszivitási szintet vállalunk, akkor csak a 7-1 –es REP tartozik ide. Ilyenkor is kell a háromból kettő?– [A leírás változni fog.](#)

A reumatológia és ortopédia szakterület háttérbe van szorítva és le van értékelve. Ezen a területen is vannak olyan súlyos állapotok, ahol indokolt lenne a legalább II-es progresszivitási szint, míg a szisztémás autoimmun betegségek esetén nem csak aIII-as progresszivitás indokolt. Ehhez tartozik, hogy bár ezen betegek többségében tényleg nem súlyosak, de sokan vannak. Felvetődik a kérdés, hogy kevés, de súlyos betegre fordított rehabilitáció miért fontosabb, mint kevésbé súlyos, de igen nagyszámú beteg rehabilitációja. Ezzel semmi esetre sem szeretném háttérbe szorítani a súlyos betegek rehabilitációját.- [A REP rendszer és a progresszivitási szintek megállapítása nem fontossági alapon készült, de nem is az érintett populáció mérete alapján.](#)

A NEU profil alatt aIII-as progresszivitásnak csak a súlyos spasticitás számít, ami nyilvánvalóan nem igaz.- [Nem csak ez számít III szintnek – a nyelészavarok ellátása és az ismételt súlyos agysérült /gerincvelő sérült ellátás. A spaszticitás központok kevés embert érintenek és nagyon pontosan körülírt feltételei vannak.](#)

Az általunk nagyon részletesen átnézett REP-ekben rengeteg apró hiba van, időhiány miatt minden REP-et nem tudunk nagy alaposággal átnézni.- [Várjuk a konkrét észrevételeket sorról sorra – nyilván javító szándékkal érkeznek majd.](#)

Alapvető logikailag ellentmondások vannak több helyen a minimumfeltételek, a szabálykönyv és az OTH által kiadott szempontok/táblázatok között...[Ezek összehangolása folyamatosan történik – a REP-ek készítői sem ezt csinálják főállásban!!](#)

Egyéb általános kérdések:

- Elsőbbségi rehabilitációnál az eseménytől számít az időkorlát vagy az eseményt követő aktív ellátás végétől?- [Természetesen a rehabilitáció kezdetétől.](#)
- beavatkozásoknál 1,5 óra /nap esetén heti 5 napot vagy heti 7 napot kell érteni?– [természetesen munkanapokat](#)
- Mi alapján állapítják meg a napi diagnosztikai és gyógyszer szükségletet? Nem minden esetben érthető a besorolás.[Kérjük konkrétan megjelölni, mi nem érthető. A forrás: a gyakorlat, amit a vezető szakember csoportok állítottak össze, akik az adott területet a legjobban ismerik és támaszkodtak nemzetközi tapasztalatokra, leírásokra, irányelvekre.](#)

REP 1-1

- súlyosságnál a kézfunkciót (d440, d445) és az izom spasticitást (b735), járásmintát (b770), alaptesthelyzet változtatást (d410), beszéd (d330), akaratlagos mozgás (b760) nem veszik figyelembe, miért? - [Mert a fogyatékoság súlyosságát leginkább jellemző FNO-kat javasolták azok a szakemberek, akik a téma szakavatott értői, ezek a kötelezően kódolandó kategóriák, minden más kódolható, ami fontos.](#)

- „94331 Fejlődési rendellenesség miatti gyógytorna” - **Azért szerepel, mert gyermekkorban is előfordul stroke!** -miért van a stroke beavatkozásoknál?
- spazmus oldásának lehetőségeit szélesítsék ki: leszálló galván, hidroterápia.**Ezek semmilyen nemzetközi irányelvben nem szerepelnek spasmus oldásra ajánlott eljárásként.**
- az alapsomag időtartama napi 2 óra (napi 1,5 óra gyógytorna (fél óra egyéni) + heti 2,5 óra (napi 0,5 óra egyéb). A bővített csomag ideje napi 2,5 óra (napi 1,5 óra gyógytorna (fél óra egyéni) + heti 5 óra (napi 1 óra egyéb). Ezzel nem egyezik a végén írt napi 3 óra szükséges foglalkozás, aminek a fele egyéni. Miből jön ki a hiányzó? Az orvosi tevékenységből? Ez azt jelentené, hogy az orvosi tevékenység a bővített csomagban kevesebb, mint az alapsomagban.**- Ez sajnos tényleg pontatlan – javítjuk, köszönjük!**
- a rehabilitációs ápolás keretén belüli oktatás, ADL tanítás beavatkozásként „elszámolható-e” és ha igen melyik beavatkozásokhoz?– **Nem.**

REP 3-1

- A 2/A táblázatban a NEU profil alatt I-es és III-as szint van, míg a TR profil alatt csak I-es. A szabálykönyvben a 4./ pont alatt csak alapsomag van megadva, a mellékletben is alapsomag van megadva. Nem egyértelmű, hogy a NEU profil alatti III-as szint speciális csomagja milyen beavatkozásokat tartalmaz.A 60/2003-as törvényben a speciális csomagok között a 3-1 –s nincs felsorolva. A NEU profilban a 3-1-esnek van III-as speciális csomagja.
- „Speciális ellátási szükségletet képez a felsővégtagi (hangsúlyosan csukló, kéz) funkciójavító műtéteket előkészítő és a műtétet követő speciális intenzív funkciófejlesztő ellátás”. Ilyen műtét mind traumás, mind nem traumás kéz (felsővégtag) funkciózavar/fogyatékoság esetén felmerülhet. Így ez alapján mindkét esetben indokolt lenne a III-as szintű rehabilitáció igénye. **- Törlésre került.A komplex funkciójavító tevékenység a kulcskérdés!!!**

REP 4-3

„Másképp, tágabb értelemben minden ízületi és gerincfájdalom okozta funkciókárosodás is besorolható ebbe az ellátási protokollba.” ez a mondat alapján ez a REP milyen kapcsolatban van a REP 5-2-vel? A degeneratív gerincfájdalmakat mindkettőbe be lehet számolni?- **Ennek átalakítása, pontosítása folyamatban van.**

-

REP 5-2

- A 3-as BNO-ként megadott kódok **szinte mind** tiltott kódok! **minden tiltott kód fel lesz szabadítva!!**
- ebben a betegségecsoportban a korai postoperatív eset (HDI műtét vagy TEP műtét/reop./luxatio után) miért nem elsőbbségi rehabilitáció? Ha nem is mindig, de egyes kiemelt esetekben indokolt az elsőbbségi rehabilitáció: paresissel járó HDI, amikor a műtét után spontán nem regrediál a paresis; csípő TEP műtét utáni luxatio esetén a brace levétel után; térd TEP minden esetében tekintettel arra, hogy a térd TEP műtétek jelentős részben spontán nem eredményeznek jelentős funkció javulást és a későbbi funkció nagyban függ a korai, intenzív rehabilitációtól. – **Revíziója folyamatban van.**

- Fontos és nem felsorolt FNO kódok: alaptesthelyzet változtatás (d410), járás (főleg hosszú távon) (d450)
- A medencefürdő alternatívájaként a kádfürdő vagy CO2 kádfürdő beavatkozás is lehessen!
- A rendeletben a kád mint alternatíva szerepel

Válasz Varju Ceciliától:

A száraz CO2 (mofetta) ill. Co2 kádfürdő kezeléssel a szakirodalomban nincs klinikai tanulmány ami ezt támogatná (lásd Medline: Drycarbonacidtreatment – a „mofetta” címszón nem használható) . Már Hévíz, Mátraderecske, Kapuvári talán Harkány Kórházakban is működik OEP által finanszírozott mofetta. Evidencebased adat ill. ismert klinikai tanulmány biztosan nincs a hatékonyságáról. (de nagyon sok kezeléssel így vagyunk ebben a szakmában, kevés, vagy nincs klinikai tanulmány) ((Úgy emlékszem Fazekas Gábor is ezen véleményen volt 2 éve kb. amikor a mofetta kezelés 10-es kódszámmal OEP támogatást kapott – kollégiumunk támogatásával is)) Szerintem sehol a világon nem támogatja a biztosító, csak mi vagyunk ilyen gazdagok. Klinikai adatok nélkül én nem támogatom.

Debreceni kollégák (Prof. Szekanecz és Szűts Gabi) kooperációban egri reumatológus kolléganővel (dr. Kiss Katalin) talán jelenleg készítenek egy klinikai tanulmányt a Mátraderecskei Mofetta kezeléssel – nem tudom hol tart - Prof. Bendertől hallottam korábban.

- Ezen kívül jelenleg folyamatban van egy új rehabilitációs könyv készítése, amelyben a szerzők a REP-ekben szereplő vizsgálati és terápiás eljárásokat indokoló evidenciákat fogják közreadni. E munka során felszínre kerülhet még adat a felvetett témában. Jelenleg a változtatást nem tartom indokoltnak

REP 5-3

- Az ide tartozó bővített csomag beavatkozásainak időkívánalma (napi 1,5 óra + heti 2,5 óra) a legtöbb REP (pl. 1-1, 5-2) alapcsomagjával azonos. Akkor miért bővített csomag?

Ha ennél a betegcsoportnál beavatkozásként megadják a következőket: 12000 (szenzórium), 12004 (érzőkör), 13620 (mozgásszervek), 13621 (mozgásterjedelem gerinc) és 13623 (mozgásterjedelem végtag), akkor ugyanezeknek a beavatkozásoknak a megadása indokolt lenne az 5-2 –es REP esetén is. Abban a betegcsoportban még inkább el kell végezni ezeket a vizsgálatokat. [Ld. Fazekas Gáborék új javaslatát – paretikus beteg is kerülhet ide!!](#)[Ld. alant Pettyán Ilona válaszát.](#)

-
- A jellemző és minősítő” táblázatban alap és bővített csomag is meg van adva II-es és III-as szinthez rendelve, mi ebben a REP-ben az alapcsomag, előtte a 3./ pont alatt csak bővített csomagról és II-es szintről írnak (más REP-ekben az alapcsomag az I-es progresszivitási szinthez rendelt, ebben a REP-ben nincs I-es progresszivitási szint, mért?). Szintén ebben a táblázatban írják, hogy a betegek 70-90%-a súlyos vagy közepesen súlyos. Ez túldimenzionált. Az immunbetegek között nincs ilyen arányban a károsodás. A súlyos károsodással bírókat pedig nagy valószínűséggel a rehabilitációs alaptervékenységek alatt nem lehet rehabilitálni csak a pulmonológiai vagy cardiológiai rehabilitációban.[Ld. alant.](#)

Tekintettel arra, hogy ebben a betegcsoportban gyakori a kapilláris keringési zavar, indokolt lenne a száraz CO₂ (mofetta) és CO₂ kádfürdő felvételét a beavatkozásokhoz. Igazoltan javítják a kapilláris keringést.- [Nemzetközi evidenciát nem ismerek, utána kellene néznünk.](#)

9-2 Foglyatékos személyeket ért baleset, ill. komplikált monotrauma következtében kialakult funkciózavar / foglyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási program:

- hogy lehet egy kalap alá venni a monotraumát, a foglyatékos személyt és az OP törést? Miért pont ide vannak besorolva a foglyatékos személyek? Van külön OP REP (4-1), miért nem ott van a törés?

ezen elv alapján minden területen lehetne külön REP-je a foglyatékos személyeknek! – KL. Ha egy foglyatékos személy stroke-ot, vagy infarktust kap, természetesen a megfelelő REP-be kerül besorolásra, mint bárki más. monotrauma esetén az emberek nagy részének utókezelésre, nem rehabilitációra van szüksége, az csak súlyos, vagy többszörös sérülés esetén, illetve akkor lesz szükséges, ha más foglyatékosága miatt olyan jelentős funkciózavar alakul ki, amely miatt a szokásos utókezelés nem eredményes. Osteoporosis okozta combnyaktörött személyt jobb posttraumás ellátással foglalkozó rehabilitációs osztályon rehabilitálni, ahol ebben és esetleges szövődmények korai felismerésében van kellő gyakorlat. A csigolyatöröttek igazából bárhova mehetnek, ahol a fájdalomhoz és a fokozatos mobilizáláshoz értenek.

-
- Kódolható BNO 3-as diagnosist javasolnánk az M12.50 traumás arthropathiadiagnosist az M 2410-70 mellett.- [Köszönet, ezt beépítettem, de természetesen a BNO 1 lehetséges verziói közé.](#)

15

- A minimumfeltételekben a III+ progresszivitási szint a tetraplegék rehabilitációja és aIII-as progresszivitási szintben együtt szerepel a paraplégék elsőbbségi és ismételt rehabilitációja. Ezzel a profilok kialakításánál a paraplégék ismételt rehabilitációja, mint a NEU profil egyik speciális csomagja szerepel, és külön van választva továbbra is külön szakmakódon (2207) lévő elsőbbségi rehabilitációtól. A minimumfeltételek és a profilok kialakítása nem egységes.– [Finomhangolása folyamatban.](#)

Pár kiegészítés:

A fájdalom alapú REP-ek megkérdőjelezhetőek, a fájdalomcsillapítás nem rehabilitáció. Ha pedig a daganatos betegeknél vagy a neuropathiánál annak tartjuk, akkor a többi területen (pl, degeneratív ízületi, OP-s fájdalom) is annak tekintendő. Miért csak a daganat van kiemelve? A fájdalom okának megfelelően az ok miatt kialakuló foglyatékoság rehabilitációs ellátása indokolt.

A REP-ek leírásában gyakran keveredik a rehabilitációs tevékenység és az akut betegellátás. A határok nincsenek kijelölve. Lásd szeptikus REP, reumás REP folyamatok. Ezekben a REP-ekben meghatározott súlyos állapotok éppen a rehabilitáció ellenjavallatát merítik ki (láz, fertőzés, stb.) - **Nem biztosan ellenjavallat, a rehabilitációs osztályok gyakran ezért nem is tudják aktív osztályra átadni a betegeket.**

A tervezett rendszerben a jelenleg a 2201-es kódon III-as progresszivitási szinten rehabilitált betegek jó része (pl. gerincvelő sérült vagy koponyasérült ismételt rehabilitációja) az eddigi központokba fog beáramlani, - **Nem is jó, ha sok helyen évente néhány ember rehabilitációjával foglalkoznak, ismételten sem.** - mert a 2201-es – **megszűnt szakmakód** - osztályok nem fogják megkapni aIII-as progresszivitási szintet. Fel vannak készülve a központos a betegbeáramlásra?

dr.Nusser Nóra
Zsigmondy Vilmos Harkányi Gyógyfürdőkórház

Kedves Zsuzsa!

A 4-es csoportba tartozó, amúgy igen különböző betegségekből eredő fogyatékoságok következményeivel foglalkozó REP-ek közös jellemzője, hogy ezeknél a fájdalom többnyire vezető panasz, ami fogyatékoságot is eredményezhet az alapbetegség által közvetlenül okozott fogyatékoságon túlmenően. Arról azonban szó sincs egyikben sem, hogy a fájdalmat rehabilitálnánk, ill. még kevésbé, hogy egyszerűen a fájdalom csillapításáról lenne szó. Fájdalomcsillapításra minden REP-ben szükség lehet, de a 4-es csoportba tartozóknál kiemelt fontosságú. Azonban ezek a REP-ek is az alapbetegség okozta fogyatékoság miatt szükséges rehabilitációról szólnak. A 4.2 bármely REP profilhoz kapcsolható program, éppen azért mert az onkológiai beteggel a vezető fogyatékoság szerinti REP-ben kell foglalkozni, de lehetnek olyan betegek, akiknél a fájdalom a vezető probléma és ez valóban számos fogyatékoságot okozhat: nincs törés, végtaghiány, bénulás, a csontáttétek okozta fájdalom miatt mégsem tud járni, segítségre szorul az önellátásban stb. Ezeknél a betegeknél nem csak fájdalomcsillapítót kell adni. Ha nem lenne ez a REP, az onkológiai betegek egy része besorolhatatlan lenne és miután **BÁRMELYIK** szerv(ek) daganatos alapbetegségével összefüggésben előállhat ilyen tünetegyüttes, így érthető, hogy bármelyik REP profilban előfordulhat.

Üdv:
Gábor

Kedves Zsuzsa!

Nem is értem Nusser Nóra felvetését. Tudnia kellene, hogy a 11041 magában foglalja az általa hiányolt tevékenységeket. Nem is tudom ez hogyan jelenhetett meg az 5.3-nál külön. - a szabálykönyvben már nincs benne -

Ha a 11041-es vizsgálatot jelentjük, akkor a 12000,14004,12006,13620,13621,13622 nem számolható el.

Szerintem az 5.2 beavatkozás kódjai lefedik a tevékenységeket.

Üdv. Ili