

REHABILITÁCIÓS ELLÁTÁSI PROGRAMOK

KÉZIKÖNYV

készítette:

**az Egészségügyi Szakmai Kollégium
Rehabilitáció, Fizikális medicina és Gyógyászati segédeszköz Tagozat és Tanács (korábban:
Rehabilitációs Szakmai Kollégium)
külső szakértők közreműködésével
2009. szeptember – 2010. május**

Revízió 1.: 2012. június-október

Revízió 2: 2013 január-2014 november

Revízió 3: 2017.december-2018. február

www.rehab.hu

Tartalomjegyzék

REP száma	Téma	oldal
	Bevezetés	5
	A Rehabilitációs Ellátási Programok részletes ismertetése	11
	1-10 számú REP-ok ismertetése	12
1-1	Stroke és egyéb heveny agykárosodás után kialakult funkciózavar/fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció	13
2-1	Sclerosis multiplex és egyéb progrediáló neurológiai betegség miatt szükséges rehabilitáció	19
2-2	Heine Medin betegség és cerebralis paresis, stb. következtében kialakult felnőttkori funkciózavar/fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció	24
2-3	Perifériás neuropathia következtében kialakult funkciózavar/fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció	28
2-4	Parkinson kór esetén szükséges rehabilitáció	31
3-1	Komplex traumás és nem traumás kéz (felsővégtag) funkciózavar/ fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció	34
4-1	Krónikus nem daganatos fájdalom miatt szükséges rehabilitációs ellátási program	39
4-2	Daganatos fájdalom és következményes funkciózavar/fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció	43
5-1	Szisztémás autoimmun és egyéb gyulladásos reumatológiai betegségek következtében kialakult funkciózavar, fogyatékoság miatt szükséges rehabilitációs ellátási program	52
5-2	Degeneratív ízületi és gerinc betegségek /kórállapotok következtében vagy legalább 6 hónappal a beavatkozások után kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási program	56
5-3	Nem komplikált csont-ízületi-szalagrendszeri műtétek utáni állapotokban szükséges rehabilitáció TEP, herina, discopathia, gerinccsatorna szűkület miatti műtét, stabilizáló gerincműtét, vertebroplastica ellátási program	60
5-4	Csont-ízületi betegségek komplikált esetei (neurológiai tünetek, szeptikus szövődményt követő állapotok) és máshova nem besorolt tumoros elváltozások miatt végzett csont-ízületi műtétek utáni állapotok, a több régióban végzett protetizálások, a műtétek szövődményei következtében kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási program	65
6-1	Szeptikus csontfolyamatok következtében kialakult funkciózavar/fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció	69
6-2	Alsó és felső végtag perifériás verőér betegségek következtében kialakult funkciózavar/fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció	73
6-3	Diabeteses láb szövődményei következtében kialakult funkciózavar/ fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció	76
7-1	Traumás amputáció következtében kialakult funkciózavar/fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció	80

7-2	Perifériás érbetegség miatti amputációt követően kialakult funkciózavar/fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció	86
7-3	Dysmelia okozta végtaghiány ill. rendellenesség következtében kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási program (alsóvégtagi)	91
7-4	Dysmelia okozta végtaghiány ill. rendellenesség következtében kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási program (felső végtagi)	
8-1	Égés, maródás és fagyás következtében kialakult funkciózavar/fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció	95
8-2	Lymphoedema következtében kialakult funkciózavar/fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció	99
9-1M	Multitrauma következtében kialakult funkciózavar/fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció	103
9-1P	Polytrauma következtében kialakult funkciózavar/fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció	107
9-2	Monotrauma utáni funkciózavar, melyet követő komplett rehabilitációt a sérülés összetett vagy szövődményes volta, illetve a sérült fogyatékosága vagy multimorbiditása tesz szükségessé, ellátási program	112
9-3	Sportolók sportsérülései következtében kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási program	116
10-1	Krónikus bélbetegség és malnutríció során kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási program	120
10-2	Obezitás szövődményes eseteiben kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási program	124
	REP 11-13: Másodlagos rehabilitációs ellátási programok	131
11-1	Krónikus veseelégtelenség/ vesetraszplantáció következtében kialakult funkciózavar/fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció	132
12-1	Immobilitás, inaktivitás okozta funkciózavar/fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció	136
13-1	Fertőző betegek számára elkülönítést biztosító rehabilitáció (mellékprogramként)	139
	REP 14-18: Speciális rehabilitációs ellátási programok	142
14-1	Az agy traumás és kiemelten súlyos nem traumás sérülése következményeiként kialakult fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási program	143
15-1	A gerincvelő traumás és nem traumás károsodása miatt szükséges rehabilitáció ellátási program	149
	Kardiológiai rehabilitációs programok általános jellemzői	155
16-1	Rehabilitációs Ellátási Program szívizom infarktus után	160
16-2	Rehabilitációs Ellátási Program szívműtét/érműtét után észlelt funkciózavar/ fogyatékoság miatt	162
16-3	Rehabilitációs Ellátási Program egyéb szívbetegséggel élőknel	166
	Pulmonológiai rehabilitációs programok általános jellemzői	170

17-1	TBC következtében kialakult funkciózavar/fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció	171
17-2	COPD következtében kialakult funkciózavar/fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció	174
17-3	Restriktív légzőszavarok következtében kialakult funkciózavar/fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció	177
17-4	Cistas Fibrosis következtében kialakult funkciózavar/ fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció	181
17-5	Tüdőrezekciós és egyéb mellkasi műtétek után szükséges rehabilitáció	185
17-6	Tüdőtranszplantációt követően szükséges rehabilitáció	189
	Gyermek rehabilitációs programok általános jellemzői	193
18-1	Cerebralis paresis következtében kialakult funkciózavar/fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció	196
18-2	Meningomyelocele következtében kialakult funkciózavar/fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció	200
18-3	Gerinc strukturális elváltozása következtében kialakult funkciózavar/fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció	203
18-4	Veleszületett rendellenességek következtében kialakult funkciózavar/fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció	206
18-5	Újszülöttkori plexus brachialis lézió miatt szükséges rehabilitáció	210
18-6	Táplálás, nyelés és egyéb táplálék-felvételi akadályozottság miatt szükséges rehabilitáció ellátási program	
	19-25. REP-ok: döntően ambuláns formában szolgáltatatható rehabilitációs programok	212
19	Fogyatékos személyek szexuális problémáival kapcsolatos rehabilitációs program	213
20	Neurogen hólyag és végbél dysfunkciók miatt szükséges rehabilitáció	215
21	Spaszticitás és mozgászavarok miatt fogyatékosok komplex ellátása és rehabilitációja	218
22	A verbális kommunikáció zavarai, felnőttkori/gyermekkori szerzett agysérülés (pl. afázia, súlyos dysartria) miatt szükséges rehabilitáció	222
23	Szerzett agysérülés következtében kialakult kognitív zavarok miatt szükséges rehabilitáció	226
24	Munkába visszavezető és szociális integrációt segítő program (fentiek mellett kísérő programként)	230
25	Időskorúak rehabilitációja speciális tekintettel a gerontológiai sajátosságokra	232

Bevezetés

A Rehabilitációs Ellátási Programok (REP) rendszere az ellátás szervezésének, a betegutak kialakításának és az egyének állapot súlyosságához – ezáltal rehabilitációs szükségletének összetettségéhez és a betegek ellátásának biztonságosságához igazodó ellátórendszeri feltételeket határozza meg.

Az egyes REP-ok tartalmazzák az elsőbbségi, halasztott elsőbbségi, ismételt vagy programozható ellátásokra vonatkozó szükségleteket, továbbá a fekvőbeteg, a nappali és a járóbeteg ellátásra vonatkozó előírásokat, javaslatokat különböző progresszivitási szinteken. A Kézikönyv Függelékében található az egyes REP-okban hivatkozott funkcionális tesztek leírása (1. számú Melléklet). Az alapvető fogalmak a Fogalomtárban szerepelnek (2. számú Melléklet)

A REP Kézikönyvben nem részletezett diagnózisok, funkcionális besorolók és beavatozások listáját az un. **besoroló táblázatok** tartalmazzák, amelyek összességét **REP Szabálykönyvnek** nevezzük.

A rehabilitációs medicina tevékenységeit tehát a REP-okban részletesen leírt szabályokhoz igazodva, ezek szerint csoportosítva szolgáltatja. A programokat I. vagy II. fekvőbeteg ellátási szinten lehet végezni. Amennyiben az I és a II. szint alkalmas az adott REP szerinti ellátásra, a különbségeket a Kézikönyvben felsoroltuk.

A III. szinten végzendő szolgáltatások meghatározása

A III. szintű ellátások közül a kiemelt ellátások önálló szakmakóddal rendelkeznek – ezen ellátások a 60/2003 (X.20.) ESzCsM rendeletben önálló szakmakóddal szerepelnek. Ilyenek:

Az agy traumás és kiemelten súlyos nem traumás károsodása következményeiként kialakult funkciózavar/fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció (Szakmakód: 2206),

A gerincvelő traumás és kiemelten súlyos nem traumás károsodása következményeiként kialakult funkciózavar/ fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció (Szakmakód: 2207),

Polytraumatizáció, septicus csontfolyamatok és égésbetegség miatt szükséges rehabilitáció (Szakmakód: 2208) és

Súlyos központi idegrendszeri károsodottak, polytraumatizáltak és égésbetegek rehabilitációja gyermekkorban (Szakmakód: 2209).

A III. szintű szolgáltatására sor kerülhet a 2200, a 2205, a 4003 és a 1903 szakmakódú szolgáltatóknál is. A III. szintű ellátást utóbbi esetben rendelkezésre állási jogosultsággal lehet végezni. Általános szabály, hogy a III. szinten végzett ellátás végén az elbocsátó III. szintű ellátónak a zárójelentésben nyilatkoznia kell arról, hogy ismételt / további programozható ellátásra milyen ellátási szinten kerülhet sor.

III. progresszivitási szinten nyújtandó speciális ellátások részletes feltételei

(A) Speciális ellátások súlyos állapotú, rehabilitációra alkalmas betegek részére kijelölt rehabilitációs ellátókban. Jellemző szolgáltatók a 2200, 2205, 4003 és 1903 szakmakóddal rendelkező speciális programot nyújtó ellátók esetében

- (1) Kiemelt ellátási szükségletű betegek ismételt (programozható) és kivételesen elsőbbségi rehabilitációja, ha területileg kötelezett kiemelt ellátó helyhiány miatt átmenetileg nem tudja fogadni. Lehetséges REP-ok: 6-1, 8-1, 9-1 P, 14-1, 15-1 (felnőtt, gyermek); 2200 vagy 2205 szakmakód:

Feltételek elsőbbségi ellátás esetén:

- a területileg illetékes kiemelt ellátó vezetőjének írásban kell nyilatkoznia arról, hogy átmenetileg a betegek nem tudják fogadni, és arról, hogy mikorra várható a felvétel
- amennyiben a fenti állapot két hét alatt nem ürül hely a területileg illetékes kiemelt ellátónál, akkor a nyilatkozatot ismételni szükséges
- ha a beteg nem kíván a területileg illetékes kiemelt ellátó szolgáltatásait igénybe venni, nyilatkoznia kell írásban tanúk előtt, hogy saját felelősségére elfogadja máshol az ellátást és tudomásul veszi, hogy a választott ellátóban nem rendelkeznek minden feltétellel, ami az ő ellátáshoz szükséges lehet
- Amennyiben a fenti okok bármelyik miatt tartósan vagy teljes időtartamában az elsőbbségi ellátása egy betegnek nem a területi ellátásra kötelezett kiemelt ellátóban történik, az ellátás során a finanszírozó jogosult az ellátás folyamatának ellenőrzésére
- Amennyiben II. progresszivitási szinten történő rehabilitációs ellátás során derül fény olyan szükségletre, amely miatt III. progresszivitási szintű ellátás válik szükségessé, a beteg áthelyezése a megfelelő ellátóba a felsorolt szabályok mentén történik.

Feltétel programozható ellátás esetén:

- Az elsőbbségi ellátást végző kiemelt rehabilitációs osztálynak nyilatkoznia kell a zárójelentésben arról, hogy az ellátás hol folytatható. Amennyiben a nyilatkozatban szerepel, hogy más III. szintű jogosultsággal rendelkező, az adott speciális ellátásra alkalmas ellátókban folytatható az ellátás.

- (2) Speciális protetikai szükségletű amputáltak /dysmeliások rehabilitációja: 7-1, 7-2, 7-3 REP-oket végző ellátó, ahol több végtagot érintő major amputáció, speciális felső végtagi protetizálás történhet felnőtt vagy/és gyermekkorúak számára. 2200 vagy 2205 szakmakód

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: Minden egyes betegnek, akivel kapcsolatban speciális protetikai szükséglet felmerül

- kórelőzményben maior amputáció kell szerepeljen alsó vagy felső végtagon vagy többes amputáció és
- a III-IV aktivitási szintbe kell tartoznia (Russek, aktivitási szint) és
- gyermek- vagy munkaképes korúnak kell lennie
- a speciális protézisnek meg kell jelennie az ellátásban
- a betegnek nyilatkoznia kell arról, hogy számára a protézis megfelelő minőségben elkészült
- az ellátónak több funkcionális teszttel bizonyítania kell, hogy a beteg számára nyújtott speciális protézissel milyen funkciójavulást lehetett elérni

- (3) Szívelégtelenség miatt vagy szívinfarktus után lévő nagykockázatú szívbetegyek rehabilitációs ellátása. Lehetséges REP-ok:4003 szakmakód, 16-1, 16-3.

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: Ebbe a kategóriába azok a betegek sorolhatók, akiknek az állapota megfelel az alábbi kritériumoknak:

- a beteg releváns NYHA (III vagy IV) illetve CCS (III. vagy IV) stádiumban van, tehát súlyos állapota miatt rehabilitációja során fokozott figyelmet és nagyobb felkészültséget igényel
- a beteg rehabilitációra alkalmas állapotban, azaz terhelhető és eredmény várható az ellátástól
- a betegnél reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)

- a beteg valóban elérte a rehabilitáció során a kitűzött célokat

(4) Rövidbél szindrómás betegek rehabilitációs ellátása 10-1-es programon belül 2200 szakmakód vagy 18-6 –os ban a 2205 szakmakód

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: Súlyos állapotúnak tekinthető az a beteg,

- akinek a BMI értéke 18,5 alatt van
- akit az alábbi BNO kódok egyikével láttak el korábbi akut ellátásban: K9121 vagy K9122 vagy K9123 vagy K9124; további alapbetegségek felsorolását ld. a 10-1 programnál.
- a beteg rehabilitációra alkalmas állapotban, azaz terhelhető és eredmény várható az ellátástól
- a betegnél reális cél vagy célok tűzhető ki a rehabilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- a beteg valóban elérte a rehabilitáció során a kitűzött célokat

(5) Immobilitás multi-organ failure-t követően, ha a rehabilitáció során ténylegesen várható funkcionális javulás – 2200 vagy 2205 szakmakód.

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: Súlyos állapotúnak tekinthető az a beteg,

- akit a rehabilitációs osztályra történő felvételét megelőzően legalább három hétig intenzív osztályon lélegeztettek és
- a beteg rehabilitációra alkalmas állapotban, azaz terhelhető és eredmény várható az ellátástól és
- a betegnél reális cél vagy célok tűzhető ki a rehabilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges) és
- a beteg valóban elérte a rehabilitáció során a kitűzött célokat

(6) Lymphoedemas betegek súlyos esetei, akiknél polymorbiditás áll fenn, 8-2 REP, 2200 szakmakód.

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: Súlyos állapotúnak tekinthető az a beteg,

- akinél a lymphoedema III vagy IV. stádiuma áll fenn és
- akinek egyéb fogyatékosága is van, amivel a rehabilitáció során szintén foglalkozni szükséges (pontos FNO leírás) és
- akinek több olyan társbetegsége van, ami miatt az ellátást fekvőbeteg formában szükséges nyújtani számára
- a beteg rehabilitációra alkalmas állapotban, azaz terhelhető és eredmény várható az ellátástól
- a betegnél reális cél vagy célok tűzhető ki a rehabilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- a beteg valóban elérte a rehabilitáció során a kitűzött célokat

(7) Többszörös fogyatékoság/funkciózavar együttes jelenléte, illetve posztakut fellépése esetén.(gyermekek). Lehetséges REP-ok: 18-1, 18-2, 18.-4, 2205 szakmakód.

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: Súlyos állapotúnak tekinthető az a gyermek,

- akinél többszörös fejlődési zavar áll fenn egyidejűleg, amelyek rehabilitációs ellátása is egyidejűleg szükséges például funkciójavító műtét vagy egyéb állapotváltozás esetén
- A súlyos fejlődési zavarok a GMFCS IV és V. csoporttal, a kisdud fejlődési tesztekben 50 alatti értékkel, az IQ tesztekben 50 alatti értékkel, a halláskárosodás esetében a siketséggel, a látászavarok esetében a vaksággal, a szocializáció zavarai a súlyos autizmussal vagy a felsoroltakkal azonos mértékű egyéb funkciózavarokkal jellemezhetők. A halmozott fogyatékoság a felsorolt állapotok közül kettőnek vagy többnek az egyidejű fennállását jelenti.
- a gyermeknél vagy a szülő számára reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges a gyermek esetében illetve a szülő oktatása esetén annak pontos dokumentálása)
- a gyermek vagy a szülő valóban elérte a rehabilitáció során a kitűzött célokat

(C) Kollaboratív team munkához és speciális felszereltség meglétéhez kapcsolódó, központokban végezhető speciális rehabilitációs programok. Amennyiben nem saját intézményen belüli az együttműködés, a résztvevő szolgáltatók között létrejött szerződés alapján működhetnek a központok. Rehabilitációs szakmakódok: 2200, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 4003, 1903: Ebben a csoportban a konkrét szerződések megléte előfeltétel minden olyan esetben, amikor az akut és a rehabilitációs ellátók nem azonos kórházban és telephelyen tevékenykednek.

- (1) **Spasztikus betegek rehabilitációs központja** tevékenységéhez kötött ellátás: 1-1, 2-1, 2-2, 14-1, 15-1, 18-1, 18-2, 18-4 REP-okhoz sorolható betegek súlyos spaszticitás esetén. Spaszticitás centrumban végzendő az ellátás, ha különleges antispasztikus beavatkozás (intrathecalis baclofen pumpa, botulinum toxin A kezelés, idegsebészeti műtét – pl. szelektív dorzális rizotómia) is szükséges és a beteget speciális intézményközi team gondozza (felnőtt vagy /és gyermekkorúak). Résztvevő intézmények a rehabilitációs medicina 2200, 2205 szakmakóddal III. szintű vagy 2206, 2207, 2209 szakmakódú osztálya és a felsorolt műtétek végzésére jogosult egyetemi idegsebészeti klinika vagy országos intézet, valamint ortopédiai klinika vagy III. szintű osztály.

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: azok a betegek tekinthetők speciális ellátási szükségletűnek a spaszticitást tekintve, akik

- intrathecalis baclofen tartály beültetést követően kerülnek rehabilitációra (marker OENO kód : 88931 megelőzően illetve időszakosan járóbeteg / fekvőbeteg ellátásban: 88932 és 85705)
- akik pharmacológiai neurectomiában (botulinum toxin A) részesültek vagy részesülnek és egyidejűleg mozgásfogyatékoságuk fennáll (marker OENO gyermekek esetében: 85713)
- akik SDR műtéten estek át megelőzően és intenzív posztoperatív rehabilitációs ellátásban részesülnek
- rehabilitációra alkalmas állapotban vannak, azaz terhelhetők és eredmény várható az ellátástól
- esetében reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- valóban elérték a rehabilitáció során a kitűzött célokat

- (2) **Arthritis-immunológiai rehabilitációs központ:** 5-1 REP-ba tartozó betegek rehabilitációs ellátása az aktív ellátók és a rehabilitációs centrum közötti külön megállapodás alapján. Résztvevő intézmények a rehabilitációs medicina 2200 vagy gyermekkorban 2205 III. szintű osztálya és egyetemi immunológiai centrum.

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: azok a betegek tekinthetők speciális ellátási szükségletűnek, akik

- alapbetegségük (REP 5-1 REP-ban felsorolt BNO 1 valamelyike) és társbetegségeik (adott REP 1.2. táblázatban szereplő BNO-k közül 2-nél több) miatt súlyos fogyatékosnak tekinthetők: adott REP besorolójában FNO és egyéb teszt alapján egyaránt súlyos állapotúnak minősültek
- rehabilitációra alkalmas állapotban vannak, azaz terhelhetők és eredmény várható az ellátástól
- esetében reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- valóban elérték a rehabilitáció során a kitűzött célokat

- (3) **Szív-/Tüdőtranszplantáltak rehabilitációs központja:** 16-os programon belül a szívtranszplantáltak, a 17-es programon belül a tüdő transzplantáltak rehabilitációs programja. Résztvevő intézmények a rehabilitációs medicina 16-2 REP-et végző 4003 vagy 17-6 REP-et végző 1903 szakmakódú III. szintű osztálya és a transzplantációt végző sebészeti intézmény.

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: azok a betegek tekinthetők speciális ellátási szükségletűnek, akik

- szív vagy tüdő transzplantáción estek át 2 éven belül és
- rehabilitációra alkalmas állapotban vannak, azaz terhelhetők és eredmény várható az ellátástól
- esetében reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- valóban elérték a rehabilitáció során a kitűzött célokat
-

- (4) **Nyelészavart kezelő rehabilitációs központ:** 1-1, 14-1 vagy 18-6-os programon belül a kezelhető nyelési zavar vagy egyéb súlyos táplálék felvételi zavar rehabilitációs ellátása (felnőtt, gyermek). Résztvevő intézmények a rehabilitációs medicina 2200 vagy 2205 III. szintű vagy 2206 vagy 2209 szakmakódú osztályok és III. szintű fül-orr-gége osztály, nyelészavar diagnosztikában jártas radiológiai szolgáltató.

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: azok a betegek tekinthetők speciális ellátási szükségletűnek, akik

- rehabilitációt közvetlenül megelőzően vagy a rehabilitáció időszakában az alábbi beavatkozásokon estek át: 12488 vagy 1313E
- a rehabilitáció során táplálékfelvételi zavar miatt olyan beavatkozásokat igényelnek, mint a 95660 és 94200 vagy 94210 vagy / és 94282 vagy 94284
- a rehabilitáció során a súlyos táplálékfelvételi nehezítettséget komplex módon (pszichológiai, ergoterápiás, logopédiai, gyógytorna és fizioterápiás) módszerekkel szükséges megoldani
- rehabilitációra alkalmas állapotban vannak, azaz terhelhetők és eredmény várható az ellátástól

- esetében reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- valóban elérték a rehabilitáció során a kitűzött célokat

(5) **Vesepótló kezelésben részesülők rehabilitációs központja:** 11-1 programon belül a vesepótló kezelésre szoruló rehabilitációs szükségleteinek kielégítését végző központ. Résztvevő intézmények a rehabilitációs medicina 2200 vagy 2205 III. szintű vagy 2206, 2207, 2208, 2209, 4004, 1903 szakmakódú osztályok és vesepótló kezelést végző centrum.

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: azok a betegek tekinthetők speciális ellátási szükségletűnek, akik

- vesepótló kezelésben részesülnek vesepótló állomáson heti legalább kétszeri rendszerességgel (marker BNO: Z9920)
- valamilyen egyidejűleg fennálló fogyatékoság miatt szorulnak rehabilitációra
- rehabilitációra alkalmas állapotban vannak, azaz terhelhetők és eredmény várható az ellátástól
- esetében reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- valóban elérték a rehabilitáció során a kitűzött célokat

(6) **Szakmaközi rehabilitációs központ:** Több szubdiszciplína (alaptevékenység – szakmakód 2200, kardiológiai –szakmakód 4003, tüdőgyógyászati és légzésrehabilitáció – szakmakód: 1903) által nyújtható rehabilitációs ellátásokra egyidejűleg (amiből legalább az egyik területen elsőbbségi rehabilitáció szükséges) szoruló betegek ellátásával foglalkozó rehabilitációs centrumok, ahol a felsorolt három területből legalább kettő feltételei adva vannak.

Ellátási feltételek kétféle (két elsőbbségi vagy elsőbbségi és programozható) rehabilitáció esetében: A többféle rehabilitációs ellátási szükségletet célszerű előzetesen felmérni és olyan osztályon elkezdni a rehabilitációt, ahol a szakmaközi team feltételei fennállnak, azonban a betegek kettős ellátásának ténye utólagos ellenőrzést igényel. Azok a betegek tekinthetők kétféle speciális ellátási szükségletűnek, akik

- a priméren elsőbbségi rehabilitációt legalább II. progresszivitási szinten szükségessé tevő bármely REP-ba sorolt állapotuk szerint illetékes III. szintű jogosultsággal rendelkező osztályon vannak ellátva és
- esetében a másik szakmai területet érintő fogyatékoságuk miatt is szükséges a másik szakterület szakembereinek részvételével egyidejűleg elsőbbségi vagy programozható rehabilitációjuk II. progresszivitási szinten
- rehabilitációra alkalmas állapotban vannak, azaz terhelhetők és eredmény várható mindkét ellátástól
- esetében reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitáció időszakában mindkét területen (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- valóban elérték a rehabilitáció során a kitűzött célokat mindkét területen

A Rehabilitációs Ellátási Programok részletes ismertetése

A REP-ok ismertetését követően a Függelékben található a Fogalomtár (definíciók) valamint azok a funkcionális tesztek, amelyeknek elvégzését a REP-elben előírtuk vagy javasoltuk. Ezek közül kiemelendő a minden REP esetében kötelező a Barthel index és a FIM teszt felvétele. Az utóbbiak súlyossági besorolása minden REP esetében azonos, így a globális állapot-súlyosság összehasonlító értékelésére alkalmasak. Olyan standard tesztek, mint IQ tesztek vagy egyéb pszicho-diagnosztikai eszközök, amelyek speciális képzettséghez és eszköztárhoz kötöttek a megfelelő kézikönyvekben találhatóak meg.

1-1 -Stroke és egyéb heveny agykárosodás utáni állapotban kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási program

Elsődleges ellátás: 2200 szakmakódnál (felnőtt), illetve 2205 szakmakódnál (gyermek) I-II szinten

Speciális ellátás III szinten:

C(1) Spasztikus betegek rehabilitációi ellátási központja tevékenységéhez kötött ellátás súlyos spaszticitás esetén

C(6) Szakmaközi rehabilitációi ellátási központban (alant részletesen leírt feltételek esetén)

Stroke: Ischaemia vagy vérzés következtében beálló heveny agyi károsodás. Ugyan a stroke körébe sorolják a subarachnoidealis vérzés (SAH), ami viszont súlyosságában, tüneteiben (s ezáltal a rehabilitációi ellátási szükségletek terén is) az esetek többségében a koponya—agysérültekéhez állnak közelebb. Rehabilitációi ellátásuk másik protokoll szerint történik.

Másik, nevezetesen a 14-1 sz. protokoll szerint történik azon stroke vagy egyéb nem traumás heveny agykárosodott betegek ellátása, akik:

- *subarachnoidealis vérzettek (1-es típusú BNO: I60.x)*
- *operált agyállományvérzettek (1-es típusú BNO: I61.x vagy I62.x és a megfelelő beavatkozási kód az és a megfelelő beavatkozási kód a stroke és a rehabilitáció. közötti idő intervallumban)*
- *malignus media occlusio miatt hemicraniectomizáltak (1-es típusú BNO: I63.x és a megfelelő beavatkozási kód a stroke és a rehabilitáció. közötti idő intervallumban)*
- *anoxiás agykárosodás utáni állapotban vannak (1-es típusú BNO: G93.1)*
- *tri- vagy tetraparetikussá (vagy -pléggé) váltak. (3-as típusú BNO)*

Ezen, azaz az 1-1.sz. program szerint láthatóak el viszont azon nem stroke, hanem más heveny vagy félheveny agykárosodás következtében fogyatékosá váló személyek, akik 3-as típusú diagnózisa az ezen programban felsoroltak közé tartozik, pl. agyműtét után hirtelen kialakuló vagy progrediáló tünetek, agytályog.

A stroke utáni rehabilitációi ellátás céljai: a helyreállítás előmozdítása; az előbbi ellenére létrejövő fogyatékosághoz való fizikai, pszichológiai és szociális adaptáció elősegítése; a függetlenséghez és a napi tevékenységhez való visszatérés serkentése; másodlagos komplikációk megelőzése.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. A rehabilitációi ellátásra kerülő személyek jellemző állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: súlyos/ közepesen súlyos

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás szükséglet

1.3.1. Ápolói szükséglet: nagy

1.3.2. Speciális szakdolgozó szükséglet

a) alapsomag: gyógytornász, ergoterapeuta, heti 1-2 napon logopédus és pszichológus, dietetikus, szociális munkatárs

b) bővített: gyógytornász, ergoterapeuta, dietetikus, szociális munkatárs, teljes állású pszichológus (heti 5 napon), afázia terápiájában jártas logopédus (heti 3 napon), klinikai szakpszichológus neuropszichológiai jártassággal vagy végzettséggel, és legalább egyféle az alábbi szakemberek közül: fizioterápiás szakasszisztens, gyógymasszőr, zeneterapeuta, hydroterapeuta (hydroterápiában jártas fizioterápiás szakasszisztens), gyógytestnevelő, sport-terápiát végző szakember, egyéb szakember

1.4. Fogyóanyag-szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: nagy

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek:

ischaemias stroke esetén kötelező gyógyszerek: ACE vagy ARB gátló antihypertenzívum, lipidcsökkentő sztatín, thrombocytá aggregatio gátló, a társbetegségek gyógyszerei: pitvarfibrillatio esetén: klasszikus antikoagulánsok, vagy az új szerek: direkt trombin gátlók vagy Xa gátlók, ISZB, ASO, diabetes mellitus, bal kamra hypertrophia, beszűkített veseműködés, COPD, pajzsmirigybetegség, hyperuricaemia miatt szedett gyógyszerek .

Rehabilitációilitáció során szükséges gyógyszerek: izomlazítók, széklet -vizeletűritést szabályzó (laxatívumok, kúpok, hólyagműködést stabilizáló-oxybutin származékok), anxiolitikumok, antidepresszánsok, nyelést segítő- pyridostigmin, LMWH - nehezen mobilizálható páciensek esetén.

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: nagy / közepes

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: diabetes esetén: vércukor stix, inzulinoknak fecskendő, tű, PEN,

Rehabilitációilitáció során szükséges anyagok: ortézisek, mobilitást és önellátást segítő eszközök, vegetatív zavar esetén: inkontinencia- retenció eszközei: betét, pelenka, katéter szett,

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: labor (vércukor, INR, stb. monitorozása), EKG, vérnyomásmérő, vércukorszintmérő.

Rehabilitációilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: -

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációilitációra? (jellemző betegutak leírása valószínűségi sorrendben):

- átvétel közvetlenül az akut ellátást végző fekvőbeteg osztályról;
- felvétel otthonról minél előbb, lehetőleg a stroke-tól számított 1-2 hónapon belül, akár az akut ellátóhely orvosának felvetése alapján, akár háziorvos vagy szakorvos beutalójával.

Valamennyi esetben előfordul a rehabilitációilitációs osztály saját ambulanciájának közbeiktatása

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Jellemzően **elsőbbségi rehabilitációilitáció**. Lehet halasztott elsőbbségi, ha a stroke akut ellátását követő rehabilitációilitáció valami miatt elmarad, és a páciens 2 hónap után, de 6 hónapon belül jelentkezik rehabilitációilitációra. Ezt követően az első rehabilitációilitáció is programozható rehabilitációilitáció.

3. A rehabilitációilitációs ellátóhelyre vonatkozó kívánalmak leírása

1.Fekvőbeteg ellátás - elsőbbségi ellátás: a súlyos és középsúlyos esetek csaknem 100%-ban fekvőbeteg formában láthatók el a nagy ápolási segítség miatt

Alapsomag I. szint alapesetben, ha nincsenek bővített ellátást szükségessé tevő tünetek. **Tartama: 21-50**

nap

Bővített csomag II. szint, ha: súlyos: beszédzavar (afázia), vagy apraxia, vagy neglekt, vagy / és súlyos nyelészavar, és vagy súlyos hemihyaesthesia is fennáll, **Tartama: 21-70 nap**

Speciális ellátási szükségletkor III. szint:

C(1) Spasztikus betegek rehabilitációilítációs központja tevékenységéhez kötött ellátás: 1-1, 2-1, 2-2, 14-1, 15-1, 18-1, 18-2, 18-4 REP-ekhez sorolható betegek súlyos spaszticitás esetén. Spaszticitás centrumban végzendő az ellátás, ha különleges antispasztikus beavatkozás (intrathecalis baclofen pumpa, botulinum toxin A kezelés, idegsebészeti műtét – pl. szelektív dorzális rizotómia)is szükséges és a beteget speciális intézményközi team gondozza (felnőtt vagy /és gyermekkorúak). Résztvevő intézmények a rehabilitációilítációs medicina 2200 vagy 2205 III. szintű vagy 2206, 2207, 2209 szakmakódú osztálya és a felsorolt műtétek végzésére jogosult egyetemi idegsebészeti klinika vagy országos intézet, valamint ortopédiai klinika vagy III. szintű osztály.

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitációilítáció esetében: azok a betegek tekinthetők speciális ellátási szükségletűnek a spaszticitást tekintve, akik

- intrathecalis baclofen tartály beültetést követően kerülnek rehabilitációilítációra (marker OENO kód : 88931 megelőzően illetve időszakosan járóbeteg / fekvőbeteg ellátásban: 88932 és 85705)
- akik pharmacológiai neurectomiában (botulinum toxin A) részesültek vagy részesülnek és egyidejűleg mozgásfogyatékoságuk fennáll (marker OENO gyermekek esetében: 85713)
- akik SDR műtéten estek át megelőzően és intenzív posztoperatív rehabilitációilítációs ellátásban részesülnek
- rehabilitációilítációra alkalmas állapotban vannak, azaz terhelhetők és eredmény várható az ellátástól
- esetében reális cél vagy célok tűzhető ki a rehabilitációilítáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- valóban elérték a rehabilitációilítáció során a kitűzött célokat

Tartama: 21-90 nap

C(6) Szakmaközi rehabilitációilítációs központ: Több szubdiszciplína (alaptevékenység – szakmakód 2200, kardiológiai –szakmakód 4003, tudógyógyászati és légzésrehabilitációilítáció – szakmakód: 1903) által nyújtható rehabilitációilítációs ellátásokra egyidejűleg (amiből legalább az egyik területen elsőbbségi rehabilitációilítáció szükséges) szoruló betegek ellátásával foglalkozó rehabilitációilítációs centrumok, ahol a felsorolt három területből legalább kettő feltételei adva vannak. Ajánlott olyan esetekben igénybe venni, amikor súlyos komplett stroke (nyelészavar, hemihyaesthesia, beszédzavar, apraxia, neglekt, kognitív zavar), súlyos komplett érbetegség lép fel (súlyos kardiális állapot: ISZB, vitérium, ritmuszavar, és ASO is előfordul, s számtalan rizikófaktor jelen van). Ezáltal a neurorehabilitációilítációs tapasztalat mellett, a bővített csomagon túl szükséges a kardio-pulmonológiai rehabilitációilítációs jártasság, speciális szükségletek együttes jelenléte (akut stroke és súlyos kardiológiai, pulmonológiai betegség együttes jelenléte esetén szükséges speciális ellátás, amikor a neurorehabilitációilítációs jártasság és szükséglet mellett szükséges a kardio-pulmonális rehabilitációilítációs jártasság és a feltételek együttes jelenléte). Javasolt olyan kórház rehabilitációilítációs osztályán kezelni ezen betegeket ahol a tapasztalat mellett, angiológia, érsebészet, neurológia+stroke centrum, kardiológia+ICE+CVI, kardiológiai rehabilitációilítáció és neurorehabilitációilítáció is történik, tekintettel ezen szakmák szoros együttműködésére a komplex kardiovaszkuláris beteg érdekében (stroke, ISZB, ASO). **Tartama: 21-90 nap**

2. Járóbeteg, nappali ellátás:

JB: Enyhe esetben, ha alapsomag elegendő: rehabilitációilitációs szakambulancián, ahol nem szakorvosi óra keretében legalább gyógytorna és pszichológiai ellátás is rendelkezésre áll, szociális munkás, dietetikus elérhető. Tartama: 15-20 alkalom. **NE** esetén 2-5 hetes időszakban szükséges ellátás.

Elsőbbségi rehabilitációilitációs program végén gyakran történik javaslat, a lakóközösségi rehabilitációilitáción belüli gyógytorna folytatására: eljárva a legközelebbi szakrendelés keretein belül szervezett gyógytorna szolgáltatásokra, vagy a beteg otthonában ún. háziápolás („home care”) keretében. Szükség esetén (döntően más szolgáltatás hiányában) logopédiai, pszichológiai, neuropszichológiai kezelésekre, foglalkozásokra a páciens az osztály saját ambulanciájára egy ideig visszajárhat. Az elsőbbségi rehabilitációilitáció időszakát rövidítheti, ha a beteg állapota engedi, és van lehetőség azt Nappali kórházi /nappali járóbeteg ellátás formájában folytatni. Egyéb folytatólagos JB programok: 20-25.

Ismételt ellátás rehabilitációilitációs céllal elsőbbségi rehabilitációilitáció befejezését követően vagy programozható rehabilitációilitáció az első rehabilitációilitáció halasztott (késői a stroke után >6 hó) igénybe vétele esetén

Akkor válhat szükségessé, ha az elsőbbségi rehabilitációilitáció időszakához képest (1) jelentős spaszticitás lép fel, ami kontraktúrákhoz és/vagy fájdalomhoz vezet, a meglévő ortézisek viselését teszi lehetetlenné vagy újabb eszközök szükségessége merül fel; speciális esetben (súlyos spaszticitás) rehabilitációilitációs ellátás spaszticitás központban válhat szükségessé (2) ok lehet ismételt felvételle, ha az állapotban markáns javulás vagy romlás áll be, amelyek az elsőbbségi rehabilitációilitáció során kitűzött célokhoz képest új rehabilitációilitációs lehetőséget nyitnak meg. Pl. globális afáziás beteg beszédértése és produkciója javul annyit, hogy bevonhatóná válik a rehabilitációilitáció folyamatába. (3) Elsőbbségi rehabilitációilitáció esetén, aki a program végére nem válik önállóvá, néhány hónapos szünet után újra felvehető (két szakaszos rehabilitációilitáció). Ez az ellátás NK/nappali JB formában is végezhető-

Jellemző és kötelezően kódolandó FNO-k ismételt felvételkor nem különböznek az elsőbbségi rehabilitációilitációban alkalmazottaktól

Jellemző	minősítő	
	fekvőbeteg	járóbeteg / nappali
1.2. állapotsúlyosság a betegek 70-90 %-ára jellemzően (N/Kp/k)	közepes	enyhe
1.3.1. ápolói szükséglet	közepes	
1.4.1. gyógyszer szükséglet	nagy	
1.4.2. kötszer és egyéb orvostechnikai anyag szükséglet	kicsi	
1.4.3. diagnosztikai anyag szükséglet	kicsi	
3.1. ellátási csomag (alap/bővített)	alap/bővített	alap
3.2. ellátási szint (I/II/III)	I,II,III.	II
3.4. ellátás várható tartama (től – ig)	15-40 nap	NK: 2-3 hét, JB: 10-20 alkalom
Ismételt rehabilitációilitáció várható tartama az első évben (hét/1. év)	--	2
Ismételt rehabilitációilitáció várható tartama a második évben (hét/2. év)	szükségessége kérdéses	2
jellemző betegutak	1.háziorvos	

	2.szakrendelés
	3.rehabilitációilitációs ambulancia

4. A rehabilitációilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5./ A rehabilitációilitáció eredményességének értékelése

5.1. Változást jellemző teszteredmények: Barthel index, FIM, FNO (kötelező) és további tesztek a funkciózavar függvényében (II-III. szintű ellátásban kötelező legalább egy további teszt): TUG, módosított Ashworth skála, beszédzavar esetén: WAB, pszichológiai /neuropszichológiai tesztek. Gyermekes esetében célskála alkalmazása javasolt.

5.2. Kimeneti jellemzők: *Munkaképes korúak esetén a* Foglalkoztatással kapcsolatosan mindig kell nyilatkozni. A páciensek az esetek döntő többségében otthonukba távoznak. A páciensek döntő hányada javult állapotban távozik. Első rehabilitációilitáció esetén ezen belül a páciensek többsége eléri legalább a személyes teendők terén való önálló képességet és a járási önállóságot legalább a lakáson belül. Minden esetben nyilatkozni kell a lakáson kívüli közlekedésről, - tömegközlekedésről (egyedül-felügyelettel-képtelen), autóvezetésről (neglekt, apraxia, figyelem-memóriazavar, stb. miatt).

2-1 Sclerosis multiplex és egyéb progrediáló neurológiai betegség miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja

Elsődleges ellátás: 2200 szakmakódnál (felnőtt) 2205 szakmakódnál (gyermek) I-II szinten

Speciális ellátás III szinten: C(1) Spasztikus betegek rehabilitációi ellátási központja tevékenységéhez kötött ellátás súlyos spaszticitás esetén.

A sclerosis multiplex (SM) a központi idegrendszer progresszív, gócos, gyulladásos és globális megbetegedése. A központi idegrendszeri mielin ellen kialakuló autoimmun gyulladás másodlagosan a velőshüvely pusztulása miatt axondegenerációt eredményez. Mindez változatos neurológiai tüneteket okoz. A gyulladásos folyamat különböző az akut, a relapszáló és a progresszív SM esetén. A központi idegrendszer valamennyi sejtje részt vesz és szerepet játszik a betegség kialakulásában. Hazánkban kb. 8000 fő érintett. Fiatalon 20-30 éves kor körül kezdődik. A betegek 65-80%-ánál a relapszáló-remittáló forma a jellemző, amit típusosan hullámzó rosszabbodások (relapszus, shub, attack) és javulások (remissziók) jellemeznek. Néhány év vagy évtized után a betegek többségénél a hullámszerűség megszűnik, és a halmozódó maradványtünetek határozzák meg a beteg fogyatékoságának szintjét, és a mindennapi teljesítményét, majd lassú progresszió figyelhető meg. A különböző súlyosságú kognitív zavarok az esetek 43-70%-ában, a fáradékonyság a betegek kétharmadában, míg a spaszticitás 80%-ban fordul elő. Az SM-esek 75%-ában járási, 66%-ában kézfunkciós nehézségeik vannak, míg 44%-uk a mindennapi élettevékenységek nehézségeivel küzd. Az SM terápiája: 1, akut relapszus kezelése, 2, relapszusok prevenciós terápiája, 3, tüneti terápia, 4, rehabilitációi ellátás, 5, rehabilitációi ellátás szemléletű gondozás. Minden relapszust követően javasolt komplex rehabilitációi ellátási program. *Ezen rehabilitációi ellátási ellátási protokoll (REP) vonatkoztatható egyéb, krónikus, progrediáló, mozgásproblémákkal járó, fogyatékoságot okozó neurológiai betegségek esetére is (felnőttkorban): izom-dystrophiák, spinalis izom-atrophiák, amyotrophiás lateralsclerosis (ALS).*

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációi ellátásra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **súlyos / közepesen súlyos** :

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás szükséglet

1.3.1 Ápolási szükséglet: nagy

1.3.2 Specialis szakdolgozói szükséglet: **alapsomag:** gyógytornász, ergoterapeuta, heti 1-2 napon pszichológus és vagy logopédus, fizioterápiás szakasszisztens, ; **bővített csomag:** gyógymasszőr, szociális munkatárs, dietetikus, heti 3 alkalommal logopédus, heti 5 alkalommal pszichológus, neuropszichológus

1.4 Fogóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: nagy-

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: szteroid, interferon adása a rehabilitáció szakban is szükséges lehet

Rehabilitációi ellátás során szükséges gyógyszerek: spaszticitás kezelése,

fájdalomcsillapítás, hangulatjavítók, szorongásoldók

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: vegetatív zavar esetén inkontinentia betét, -/pelenka, hólyagkatéter, baclofen pumpa programozásához, töltéséhez szükséges fertőtlenítő, kötszer

Rehabilitációilitáció során szükséges anyagok: ortézisek, mobilitást és önellátást segítő gyógyászati segédeszközök, antidecubitus ülőpárnák/matracok

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: laborvizsgálat,

Rehabilitációilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: laborvizsgálat, EKG, vérnyomásmérő, vércukorszintmérő

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációilitációra? (jellemző betegutak leírása valószínűségi sorrendben) Neurológiai osztályról előzetes rehabilitációilitációs konzíliumot követően, illetve rehabilitációilitációs szakambulanciáról

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan? elsőbbségi az akut ellátást követően shub lezajlása után, amennyiben a mozgásfunkció zavar súlyos/közepes, illetve beszéd és/vagy kognitív funkciózavar alakul ki. **Minden más esetben programozható.** Krónikus progresszív forma esetén általában akkor szükséges rehabilitációilitáció, ha a mozgásfunkció rosszabbodás miatt segédeszközváltás (pl. járókeret helyett kerekesszék használatának megtanítása) szükséges, vagy fájdalomfokozódás, spaszticitás fokozódás jelentkezik. **Általában programozható;**

3. A rehabilitációilitációs ellátóhelyre vonatkozó kívánalmak leírása

1.Fekvőbeteg ellátás, elsőbbségi: mivel általában shub után van szükség rehabilitációilitációra, a súlyos és kp súlyos esetekben 100%-ban, enyhe esetek felében szükséges a fekvő ellátás. **Minden más esetben programozható.**

Alapcsomag általában (I. szint), programozható: általában ez jellemző. **Tartama: 21-40 nap**

Bővített csomag (II: szint), elsőbbségi: paraplégia, neuropszichológiai szükséglet, súlyos nyelészavar, spaszticitás, közvetlenül lélegeztetés utáni állapot, esetén szükséges. **Tartama: 21-60 nap**

Speciális ellátás (III. szint)

C(1)Spasztikus betegek rehabilitációilitációs központja tevékenységéhez kötött ellátás: 1-1, 1-2, 2-2, 14-1, 15-1, 18-1, 18-2, 18-4 REP-ekhez sorolható betegek súlyos spaszticitás esetén. Spaszticitás centrumban végzendő az ellátás, ha különleges antispasztikus beavatkozás (intrathecalis baclofen pumpa, botulinum toxin A kezelés, idegsebészeti műtét – pl. szelektív dorzális rizotómia)is szükséges és a beteget speciális intézményközi team gondozza (felnőtt vagy /és gyermekkorúak). Résztvevő intézmények a rehabilitációilitációs medicina 2200 vagy 2205 III. szintű vagy 2206, 2207, 2209 szakmakódú osztálya és a felsorolt műtétek végzésére jogosult egyetemi idegsebészeti klinika vagy országos intézet, valamint ortopédiai klinika vagy III. szintű osztály.

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitációilitáció esetében: azok a betegek tekinthetők speciális ellátási szükségletűnek a spaszticitást tekintve, akik

- intrathecalis baclofen tartály beültetést követően kerülnek rehabilitációilitációra (marker

OENO kód : 88931 megelőzően illetve időszakosan járóbeteg / fekvőbeteg ellátásban: 88932 és 85705)

- akik pharmacológiai neurectomiában (botulinum toxin A) részesültek vagy részesülnek és egyidejűleg mozgásfogyatékoságuk fennáll (marker OENO gyermekek esetében: 85713)
- akik SDR műtéten estek át megelőzően és intenzív posztoperatív rehabilitációilitációs ellátásban részesülnek
- rehabilitációilitációra alkalmas állapotban vannak, azaz terhelhetők és eredmény várható az ellátástól
- esetében reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitációilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- valóban elérték a rehabilitációilitáció során a kitűzött célokat

általában programozható: súlyos spaszticitás esetén Tartama: 21-90 nap

2.Járóbeteg, nappali ellátás, programozható

JB: Enyhe esetek felében járóbeteg szakambulancián ellátható (II. szint), ha a minimálisan heti 3 alkalommal történő ellátás megoldható összesen 10-20 alkalommal; nappali ellátásban a 10-20 nap 2-4 heti folyamatos ellátást jelent. NE esetén 2-5 hetes időszakban szükséges ellátás.

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációilitációs szükségletekről) milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl? Valószínű REP-ek: 19, 20, 21, 22, 23, 25.

Ellátási szint: szakrendelés (I. szint), bővített csomag szükségletekor: II szint (szakambulancia), speciális ellátási szükséglettel (intrathecalis baclofen pumpa) spaszticitás központban.12 hónapon belül várható javasolt rekondicionálás : a tünetek függvényében egy alkalommal

Programozható ellátás rehabilitációilitációs céllal elsőbbségi rehabilitációilitáció befejezését követően vagy a betegség során bármikor, ha a funkcióromlás ezt indokolja a klinikai tünetek súlyossága, a kórkép lefolyása (shub vagy progresszívítás miatt stb.) függvényében. A spaszticitás súlyos esetében spaszticitás központban szükséges az ellátás.

Jellemző és kötelezően kódolandó FNO-k ismételt felvételkor nem különböznek az elsőbbségi rehabilitációilitációban alkalmazottaktól

Jellemző	minősítő	
	fekvőbeteg	járóbeteg / nappali
1.2. állapotsúlyosság a betegek 70-90 %-ára jellemzően (N/Kp/k)	közepes	enyhe
1.3.1. ápolói szükséglet	közepes	
1.4.1. gyógyszer szükséglet	közepes	
1.4.2. kötszer és egyéb orvostechnikai anyag szükséglet	kicsi	
1.4.3. diagnosztikai anyag szükséglet	kicsi	
3.1. ellátási csomag (alap/bővített)	alap	alap
3.2. ellátási szint (I/II/III)	I,II,III.	II
3.4. ellátás várható tartama (től – ig)	15-25 nap	NK: 2-3 hét, JB: 15-30 alkalom
Ismételt rehabilitációilitáció várható tartama az első évben (hét/1. év)	--	2
Ismételt rehabilitációilitáció várható tartama a második	szükségessége	2

évben (hét/2. év)	kérdéses	
jellemző betegutak	1.háziorvos	
	2.szakrendelés (neurológia)	
	3.rehabilitációilitációs ambulancia	

4. A rehabilitációilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5./ A rehabilitációilitáció eredményességének értékelése

5.1. Változást jellemző teszteredmények Barthel-index, FIM, FNO kötelező, a továbbiak opcionálisak: TUG, módosított Ashworth skála, VAS, depressziós skála, kognitív zavarok esetén – neuropszichológiai tesztek. Gyermekek esetében célskála alkalmazása javasolt. (II-III szintű ellátás esetén az opcionális tesztek közül legalább egynek az alkalmazása követelőd)

5.2. Kimeneti jellemzők

Foglalkoztatás: Epidemiológiai adatok ismeretében a kórkép leggyakrabban 20-40 év között jelentkezik. A neurológiai tünetek súlyossága, a betegség lefolyása (krónikus progresszív/shub sb) különböző. Egyedileg kell eldönteni a beteg pszicho-szociális hátterének ismeretében, hogy szóba jön-e átképzés, továbbképzés, hogy a beteg aktív munkavégzésre képes-e vagy nem. Intézeti rehabilitációilitációt igénylő esetek, súlyos neurológiai tünet (pl paraplegia) nem kizáró tényező.

Távozás színtere: Súlyos állapot esetén, segítő családtag, lakóközösségi rehabilitációilitáció hiánya esetén szociális ellátóhely biztosítása szükséges.

2-2 Heine Medin betegség és cerebralis paresis, stb. következtében kialakult felnőttkori funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció/ellátási programja

Elsődleges ellátás: 2200 szakmakód (felnőtt) 2205 szakmakód (gyermek) I-II szinten

Speciális ellátás III szinten:

C(1) Spasztikus betegek rehabilitáció/ellátási központja tevékenységéhez kötött ellátás súlyos spaszticitás esetén.

A protokoll összefoglalja az Cerebralis Paresis (CP; perinatalis és kisdedkori agyi károsodások gyűjtőneve), és a Heine--Medin betegség miatt **felnőttkorban** jelentkező funkció zavarok rehabilitáció/ellátási teendőit. Ebbe a protokollba sorolhatóak még egyéb, nem vagy kevésbé progrediáló neurológiai betegségek is, pl. a heredodegeneratio spastica (=paralysis spinalis spastica), a Fridreich-féle ataxia, stb. A betegségek miatt kialakult izombénulás jellegzetes tartási és mozgási rendellenességekben nyilvánul meg. Az izomegyensúly felborulása, az egyenlőtlen terhelés által korai csont ízületi elváltozások alakulnak ki. A rehabilitáció/ellátási szükségletet az önellátás, járás, kézhasználat, a kifejezetten csökkent terhelhetőség, a nagyfokú fáradékonyság, a kísérő pszichés zavarok határozzák meg. A program során kiemelt szerepe van a segédeszköz ellátásnak, az energia konzerválási technikák megtanításának és az állóképesség javításának.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitáció/ellátásra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **közepesen súlyos / enyhe**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás szükséglet

1.3.1 Ápolási szükséglet: közepes

1.3.2. Speciális szakdolgozó szükséglet: alapsomag: gyógytornász, fizioterápiás szakasszisztens, ergoterapeuta, pszichológus, dietetikus, szociális munkatárs; **bővített csomag:** gyógymasszőr, gyógyújszás oktató / gyógytestnevelő

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: fájdalomcsillapítók, cardiovascularis gyógyszerek, vérnyomás csökkentők, antidepresszánsok, gyomorvédők, bronchodilatátorok
Rehabilitáció/ellátás során szükséges gyógyszerek: nemszteroid, p.o. és lokálisan, egyéb fájdalom csillapítók

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: ortézis, mobilitást segítő és önellátást segítő eszközök, antidecubitor ülőpárna,
Rehabilitáció/ellátás során szükséges anyagok :u.a., a fizioterápia során használt anyagok, bővített csomag esetén balneoterápia

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz): közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: RTG,, ízületi UH, elektrofiziológiai vizsgálat

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: labor, rtg, ízületi UH, EKG, vérnyomásmérő, vércukorszintmérő,

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra? (jellemző betegutak leírása valószínűségi sorrendben)

neurológiai osztály → rehabilitációs osztály

házi orvos → rehabilitációs szakambulancia → osztály (ha az ambulancia nem tudja ellátni)

szakrendelés (leggyakrabban: reumatológia, neurológia, ortopédia, belgyógyászat) →

rehabilitációs szakambulancia → osztály (ha az ambulancia nem tudja ellátni)

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére

vonatkozóan? Jellemzően **programozható** rehabilitáció. (Posztakut rehabilitációra valamilyen szövődmény kialakulása után van szükség (OP miatt gyakori törések, stroke stb.). Ez esetben azonban az ellátás a szövődmények megfelelő REP szerint történik.)

3./ A rehabilitációs ellátóhelyre vonatkozó kívánalmak leírása

1.Fekvőbeteg ellátás. indoka: bővített csomag szükségletekor és a napi/ heti 3x-i közlekedés megoldhatatlansága esetén vagy/és jelentősebb ápolási szükséglet fennállásakor (vizelet, széklet tartási, öltözködési nehézségek)

Alapcsomag – I. szint, programozható: közepesen súlyos, és enyhe állapotú betegek számára.

Tartama: 21-45 nap

Bővített csomag - II. szint , programozható: postpolio / tetraparesis CP esetén ill súlyos állapotú bármely beteg számára. **Tartama: 21-45 nap**

Bővített csomag III. szint:

C(1)Spasztikus betegek rehabilitációs központja tevékenységéhez kötött ellátás: 1-1, 2-1, 2-2, 14-1, 15-1, 18-1, 18-2, 18-4 REP-ekhez sorolható betegek súlyos spaszticitás esetén. Spaszticitás centrumban végzendő az ellátás, ha különleges antispasztikus beavatkozás (intrathecalis baclofen pumpa, botulinum toxin A kezelés, idegsebészeti műtét – pl. szelektív dorzális rizotómia) is szükséges és a beteget speciális intézményközi team gondozza (felnőtt vagy /és gyermekkorúak). Résztvevő intézmények a rehabilitációs medicina 2200 vagy 2205 III. szintű vagy 2206, 2207, 2209 szakmakódú osztálya és a felsorolt műtétek végzésére jogosult egyetemi idegsebészeti klinika vagy országos intézet, valamint ortopédiai klinika vagy III. szintű osztály.

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: azok a betegek tekinthetők speciális ellátási szükségletűnek a spaszticitást tekintve, akik

- intrathecalis baclofen tartály beültetést követően kerülnek rehabilitációra (marker OENO kód : 88931 megelőzően illetve időszakosan járóbeteg / fekvőbeteg ellátásban: 88932 és 85705)
- akik pharmacológiai neurectomiában (botulinum toxin A) részesültek vagy részesülnek és egyidejűleg mozgásfogyatékoságuk fennáll (marker OENO gyermekek esetében: 85713)
- akik SDR műtéten estek át megelőzően és intenzív posztoperatív rehabilitáció

- ellátásban részesülnek
- rehabilitációilítációra alkalmas állapotban vannak, azaz terhelhetők és eredmény várható az ellátástól
- esetében reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitációilítáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- valóban elérték a rehabilitációilítáció során a kitűzött célokat

. Tartama: 21-90 nap

2.Járóbeteg, nappali ellátás:

JB: enyhe esetben, ha a közlekedés megoldható és csak alapsomag szükséges szakrendelésen (I.szint), ha bővített csomag szükséges vagy középsúlyos esetről van szó, akkor szakambulancián (II.szint). 10-15 alkalom vagy NE esetében 2-3 hét.

4./ A rehabilitációilítációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5./ A rehabilitációilítáció eredményességének értékelése

5.1.Változást jellemző teszteredmények

Barthel,FIM, FNO (kötelező) VAS, FAC , TUG (opcionális).

Általános kondíció javulás. Állapot romlás elkerülése, segédeszköz használat elsajátítása

5.2. Kimeneti jellemzők: Munkaképes betegeknél szükség lehet foglalkozási tanácsadásra, (részmunka idő), idős segítségre szorulóknak esetén, a házi szociális szolgálattal kapcsolat felvétel, egyéb szociális szükséglet (szociális juttatások)

2-3 Perifériás neuropathia következtében kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció/ellátási programja

Elsődleges ellátás: 2200 szakmakód I. szinten, gyermekkorban 2205 szakmakód I. szinten

A perifériás idegrendszer motoros, szenzoros, vegetatív tünetekkel járó, akut vagy krónikus károsodása következtében kialakult fogyatékoságok miatti rehabilitáció/ellátási tartozik ide. Érinthet egy (mononeuropathia) vagy több ideget, az utóbbi esetben szimmetrikus (polyneuropathia) vagy aszimmetrikus (mononeuropathia multiplex) elrendezésben. A rehabilitáció/ellátási szükségletet az izomgyengeség, érzékszavar, a gyakran együtt járó neuropathiás fájdalom és a ritkábban előforduló vegetatív zavar okozta fogyatékoság határozza meg.

1. A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitáció/ellátásra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **súlyos/közepesen súlyos**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás szükséglet:

1.3.1 Ápolási szükséglet: általában **kicsi**, immunmediált neuropathiák esetén: **nagy**

1.3.2 Specialis szakdolgozói szükséglet: **alapcsomag:** gyógytornász, ergoterapeuta, pszichológus, fizikoterápiás szakasszisztens

1.4 Fogóanyag-szükséglet:

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: nagy

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: orális antidiabetikumok, inzulin
Rehabilitáció/ellátási során szükséges gyógyszerek: carbamazepine, amitriptilin, gabapentin, pregabalin, duloxetine, alfa-liponsav (infúzióban is), B-vitaminok, antidepresszánsok, capsaicin-tapasz

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: vércukorszint méréshez stix
Rehabilitáció/ellátási során szükséges anyagok: fizikoterápia során szükséges anyagok, ortézis, kötszerek (sebkezelés)

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: elektrofiziológiai vizsgálat, speciális hangvilla, labor, EKG, vérnyomásmérő, vércukorszintmérő,
Rehabilitáció/ellátási alatt szükséges diagnosztikai anyagok: -

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitáció/ellátásra? (jellemző betegutak leírása valószínűségi sorrendben)

neurológiai osztály → rehabilitáció/ellátási osztály (akut történést követően, pl. Guillain-Barré sy. esetén)

házi orvos → rehabilitációilitációs szakambulancia → osztály (ha az ambulancia nem tudja ellátni)

reumatológia, neurológia, belgyógyászat → rehabilitációilitációs szakambulancia → osztály (ha ambulancia nem elég)

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan? **Immunmediált neuropathiák esetén elsőbbségi**, egyéb esetekben, általában **programozható**, esetleg előre sorolandó, akutan kialakult paresis és következményes jelentős funkcióvesztés esetén elsőbbségi

3. A rehabilitációilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak leírása (tetraparesis kivételével, ami 15-ös program)

1. Járóbeteg, nappali ellátás, programozható

Alapcsomag, szakrendelés (I szint) vagy szakambulancia (II szint) elérhetőségtől függően JB: ha az önálló közlekedésre képes, NE ha szállítást igényel. **Tartama: 15-20 alkalom (JB), 2-3 hét (NE)**

2. Fekvőbeteg ellátás, programozható/ ritka esetben elsőbbségi: súlyos paresis esetén szükséges, I szinten, **21-28 nap, alapcsomag**

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációilitációs szükségleteiről) milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl? Egyéb REP-ek 4.4 Neuropáthiás fájdalom, 6.3 Diabetikus láb szövődésményei

Programozható rehabilitációilitáció válhat szükségessé az elsőbbségit követően. Ez esetben a fent leírt egyéb állapotokkal kapcsolatban leírt elvek szerint kell eljárni.

4. A rehabilitációilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5. A rehabilitációilitáció eredményességének értékelése

5.1. Változást jellemző teszteredmények: FNO, FIM, Barthel-Index (kötelező), VAS, TUG (opcionális)

5.2. Kimeneti jellemzők: A páciensek kivételektől eltekintve otthonukba távozhatnak önellátásra képes állapotban. Súlyos paresissal járó esetekben maradandó fogyatékoság alakulhat ki, ami szükségessé teheti a páciens foglalkozási rehabilitációilitáció felé történő irányítását.

2-4 Parkinson kór esetén szükséges rehabilitáció ellátási programja

Elsődleges ellátás: 2200 szakmakód II. szinten

A Parkinson-kór progresszív degeneratív kórkép., melyben a substantia nigra pars compacta területén a dopaminerg neuronok, a locus caeruleus noradrenerg sejtjei, a nucleus dorsalis nervi vagi melanintartalmú sejtjei, valamint a raphe magvak szerotoninerg sejtjei változó mértékben károsodnak. A betegség leggyakrabban 40-70 éves kor között kezdődik. Hazánkban kb. 20 000 Pk-os beteg él. A három motoros alaptünet: a bradykinesia/hypokinesia, rigor, nyugalmi tremor. A tünetek féloldali aszimmetriája mindvégig megmarad. A későbbi stádiumban tartási instabilitás lép fel. A levodopa kezelés kezdetben mindig hatásos, későbbiekben melléhatásként különböző súlyosságú motoros fluktuációk lépnek fel. Zavart szenved a mozgás tervezés, a tervezett mozgások módosításának képessége, az elemi és az összetett mozgások tanulása, a koordináció és a szenzoros ingerek hatása: a mozgás sebességére, az erő kifejtés nagyságára, és a mozgás térbeli összerendezésére. A betegek mozgásai sablonossá, gépszerűvé, robotszerűvé válnak. A következő nem motoros tünetek a leggyakoribbak: alvászavar, hangulatzavar, figyelem- és memóriazavar, emésztési – és bélműködési zavar, hólyagműködési zavar, szaglászavar, fájdalom. PK-ban a terápiás célunk a betegség progressziójának lassítása, gyógyszer mellékhatások megelőzése, enyhítése, motoros és nem motoros tünetek javítása, a lehető legjobb életminőség elérése. A rehabilitáció szükségletet elsősorban a mozgászavarból, másodsorban a kognitív hanyatlásból eredő fogyatékoság határozza meg. Rehabilitáció során gyógyszeres és nem gyógyszeres terápiákat együtt alkalmazzuk. A rehabilitáció team-ben előnyt jelent a neurológus szakorvos..

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **súlyos-/ közepesen súlyos**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás szükséglet

1.3.1 Ápolási szükséglet: nagy /közepes. Az ápolási szükségletet a neurológiai tünetek súlyossága határozza meg. Azon betegnél, akinek a rehabilitáció szóba jön, nagy/közepes ápolási szükséglet jellemzi.

1.3.2 Specialis szakdolgozó szükséglet: bővített csomag: gyógymasszőr, dietetikus, szociális munkatárs, heti 3 alkalommal logopédus, heti 5 alkalommal pszichológus, gyógytestnevelő / zeneterapeuta / tánctanár

1.4 Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: nagy

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: MAO-B inhibitorok, anticholinerg szerek, dopamin agonisták, szubsztitúciós kezelés (L-dopa + cardidopa/benserazid + COMT gátló)

Rehabilitációilítáció során szükséges gyógyszerek: fájdalomcsillapítás, hangulatjavítók, szorongásoldók

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechikai anyag szükséglet kicsi

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: vegetatív zavar esetén inkontinencia betét/pelenka, hólyagkatéter szett

Rehabilitációilítáció során szükséges anyagok mobilitást és önellátást segítő gyógyászati segédeszközök: járóbot, könyökmankó, járókeret, kerekesszék, wc magasító, kapaszkodók,

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: rutin labor, EKG

Rehabilitációilítáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: rutin labor, EKG, vérnyomásmérő, vércukorszintmérő

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációilítációra? (jellemző betegutak leírása valószínűségi sorrendben)

Akut neurológiai osztályról előzetes rehabilitációilítációs konzíliumot követően, illetve rehabilitációilítációs szakambulanciáról

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációilítációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Programozható rehabilitációilítáció

3./ A rehabilitációilítációs ellátóhelyre vonatkozó kívánalmak leírása

1.Fekvőbeteg ellátás, programozható. indok: napi/ heti 3x-i közlekedés megoldhatatlansága esetén vagy/és jelentősebb ápolási szükséglet fennállásakor (vizelet-, széklet tartási, öltözködési nehézségek)

Bővített csomag (II: szint): jó figyelmi funkciók és terhelhetőség esetén van értelme a programnak.

Tartama: 21-28 nap

2.Járóbeteg, nappali ellátás, programozható

Bővített csomag szakambulancián illetve nappali ellátásban (II.szint) – amelyik könnyebben elérhető. A kültérben önállóan közlekedő (segédeszközzel vagy járművel) / szállító szolgáltatással kíséret nélkül utazni képes betegeknél alkalmazható **15-20 alkalommal vagy 2-3 hétig.**

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációilítációs szükségleteiről) milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl? További REP-ek:

19.20.21.22.23.24; Ellátási szint: II.szint szakambulancián. 12 hónapon belül várható /javasolt /szükségesnek tartott kapcsolódó ellátás: (karbantartás) rekondicionálás a klinikai tünetek súlyossága, a kórkép lefolyása határozza meg, egyéni progresszió. Gondozás: 3 havonta (neurológiai vagy neurorehabilitációilítációs) szakrendelésen kontroll.

4./ A rehabilitációilítációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5./ A rehabilitációilítáció eredményességének értékelése

5.1./ Változást jellemző teszteredménye k: Barthel-index, FIM, FNO (kötelező) TUG, 6 perces

járásteszt, 3 perces járásteszt (egyik kötelező)

5.2. / Kimeneti jellemzők: Foglalkoztatás: epidemiológiai adatok alapján a betegség kezdete leggyakrabban 40-70 közötti időszak. Enyhe tünetek esetén neurológiai gondozás mellett ambulans rehabilitáció, aktív munkavégzésre képes.

Középsúlyos-súlyos esetben rehabilitáció célja részleges önellátás elérése (segédeszközzel közlekedés, napi rutin feladatok stb.)

Súlyos állapot esetén, segítő családtag, lakóközösségi rehabilitáció hiánya esetén szociális ellátóhely biztosítása szükséges.

3-1 Komplex traumás és nem traumás kéz (felsővégtag) funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja

Elsődleges ellátás: 2200 szakmakód (I-II szinten), gyermekek esetében: 2205 szakmakód.

Különböző traumás (csont-izületi-, izom-ín-, ér-, ideg-, illetve komplex, többszörös képletsérülések, különböző szintű amputációk, replantáció, revascularizációs műtétek) valamint ezek szövődményei és különböző nem traumás eredetű (neurológiai, csont-izületi-, izom- vagy keringési) betegségek okozta, esetleg azok részjelenségeként fellépő komplex felső végtagi funkciózavarok tartoznak ide, melyek jellegzetesen önellátási nehézségeket (öltözködés, mosdás, kézhasználat), fájdalmat, ízületi- és ínkontraktúrákat, érzés- és mozgászavarokat ill. következményes pszichés funkciózavarokat okozhatnak. További rehabilitációs szükségleteket jelenthet az ortézissel, protézissel ill. rehabilitációs segédeszközökkel való ellátás. Tágabb értelemben a felső végtag valamennyi szintjén elszenvedett sérülések okozhatnak a kéz használatra is kiható komplex funkciózavarokat. Speciális ellátási szükségletet képez a felsővégtagi (hangsúlyosan csukló, kéz) funkciójavító műtéteket előkészítő és a műtétet követő speciális intenzív funkciófejlesztő ellátás.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség/ rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **közepesen súlyos / enyhe**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás

1.3.1. Ápolói szükséglet: **kis/közepes** (általános / specifikus jellegű) –AS beosztás

1.3.2. Specifikus szakdolgozói szükséglet: **alapsomag:** gyógytornász, ergoterapeuta, fizikoterápiás szakasszisztens, hidroterápiás asszisztens, ortopéd műszerész elérhető legalább heti két napon, pszichológus, szociális munkatárs; **speciális ellátási** szükséglethez: e területre kiképzett ergoterapeuta és gyógytornász, ortopéd műszerész

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: gyulladáscsökkentők, antibiotikumok, szteroid, bázisterápiás szerek, fájdalomcsillapítók (WHO 1-3 lépcső), B-vitaminok, keringésre ható szerek

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: fájdalomcsillapítók (WHO 1-3 lépcső), localisan gyógyszeres pakolások, protonpumpa gátlók, műtét után *antithrombotikus terápia (LMWH)* izomlazítók, antidepresszánsok, localanesthetikumok és localis szteroidok

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: protézisek, ortézisek, önellátást segítő segédeszközök

Műtétek utáni állapot esetén **kötszerek, felületes dezinficiálók, steril műszerek** (anatómiás csipesz, olló, rugalmas pólya)

Rehabilitáció során szükséges anyagok: ortézisek, átalakított manipulációs eszközök, fizioterápiás eszközök (elektrostimulátor)

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: kicsi/ közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: RTG, EMG-ENG, CT, MR₁ ízületi UH, Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: labor, RTG, ízületi UH, kézfunkciót mérő tesztek

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra? (jellemző betegutak leírása valószínűségi sorrendben):

- ambulanciáról: döntően rehabilitációs osztály ambulanciájáról, szakorvosi beutalás vagy háziorvosi beutalás alapján
- osztályról közvetlenül (neurológia, ortopédia, traumatológia, egyéb sebészeti osztályok)

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

A **traumás eredetű** esetek jellemzően **elsőbbségi** rehabilitációt igényelnek, a sérülést követően minél előbb meg kell kezdeni!

Az egyéb okból kialakult esetek többsége **programozható** rehabilitáció, de neurológiai betegségekben, gyulladásos kórképekben ill. ha rendszerbetegség részeként (pl. shubok után) alakul ki, vagy daganatos betegségekben, akkor előre sorolandó

3./ A rehabilitációs ellátóhelyre vonatkozó kívánalmak leírása

1.Járóbeteg ellátás: elsőbbségi / programozható

Alapcsomag, I szint (szakrendelő), 10-15 alkalom

2.Fekvőbeteg ellátás: Alapcsomag általában elegendő, funkciójavító műtét, körüli program traumás idegsérülés után **II. szint.** (ha van nappali ellátás vagy a naponkénti járóbeteg szakambulancián a megjelenés megoldható, akkor nem szükséges a fekvőbeteg ellátás, ez esetben az adott III. szintű ellátó szakambulanciáján történik az ellátás) **Tartama: 15-30 munkanap**

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségleteiről) milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl? *Folytatólagos ambuláns ellátásban a rehabilitációs és az aktuális traumatológus szakorvosok kontrolljai, illetve konzíliuma alapján hozható döntés a további rehabilitációs szükségleteiről és a kezelés, rehabilitációs programok tartalmáról.*

12 hónapon belül várható /javasolt/ szükségesnek tartott kapcsolódó ellátás: (karbantartás) rekondicionálás aktivitási szinttől és progressziótól függően – fájdalom, ízületi kontraktúra, pszichés okok miatt

További REP-ek: fájdalom (4-1, 4-2) Szükséges lehet (ha a felső végtag funkciózavar egyéb állapotok, betegségek részeként jelentkezik): 1, 2, 5, 6, 7, 10, 12, 21, 23 programok alkalmazása is

Ismételt felvétel rehabilitációs céllal elsőbbségi rehabilitáció befejezését követően

Ismételt rehabilitáció válhat szükségessé a primer traumatológiai ellátás és elsőbbségi rehabilitáció után:

- a törésgyógyulás elhúzódása, vagy elégtelensége (álízület kialakulása) miatt spongiosa plastica vagy reosteosynthesis végzése szükséges;
- a törésgyógyulás során jelentős végtagi tengelyeltérés, csont nekrosis vagy ízületi arthrosis alakult ki;
- a perifériás ideg vagy plexus sérülése nem mutat javulást, és idegtranszplantáció vagy funkcionális

rekonstrukciós műtét (izom-íntranszfer) válik szükségessé;

- olyan csont- és/vagy lágyrész defektus marad vissza, illetve konzervatív módon nem gyógyuló decubitus alakul ki, ami miatt major plasztikai beavatkozás (csont szegment transzport, myocutan vagy kompozit lebeny, esetleg mikrovaskuláris módszerrel) válik szükségessé;

- jelentős ízületi kontraktúra, csont deformitás, vagy egyéb ok miatt újabb valamilyen helyreállító műtétre került sor (arthrolysis, tengelykorrekció és szintézis, vagy valamilyen egyéb műtét);

- lényeges állapotrosszabbodás, vagy valamilyen késői szövődmény alakult ki

Ellátási szint: I (szakrendelés) – elvek a fent leírttal egyezők.

12 hónapon belül várható /javasolt /szükségessnek tartott kapcsolódó ellátás:

elhúzódozó első rehabilitációs program; rekondicionálás (karbantartás) aktivitási szinttől és progressziótól függően – fájdalom, ízületi kontraktúra, pszichés okok miatt

4./ A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5./ A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1. Változást jellemző teszteredmények FIM, Barthel, FNO (kötelező), ROM, VAS, HAQ, izomerő mérés (opcionális, de II szinten legalább egy kötelező). Gyermekek esetében célszála alkalmazható specifikus teszt hiányakor

szükség esetén speciális ortopéd-traumatológiai skálák az aktuális ízület és sérülés okozta eltérések felmérésére

Speciális kézfunkciójavító műtéti programban: Flugl-Meyer teszt, sztereognózis teszt, két-pont diszkrimináció, SULC, AHA teszt, és a testtájéktól függő további specifikus tesztek. (legalább egy ide sorolt teszt alkalmazása kötelező)

5.2. Kimeneti jellemzők: önellátás javulása, izomerő növekedése, ízületek mozgáshatárainak bővülése, munkaképes korúaknál munkába visszaállíthatóság,

A kezelés lezárásakor felvett fizikális status: ízületi mozgásterjedelem (ROM), izomerő, érzéskvalitások, fájdalom (VAS), FIM értékelése.

Munkaképes korosztály esetén szükség esetén foglalkozási rehabilitációra irányítás (RIC kp.tal kapcsolat felvétel).

Idős, segítségére szorulóknál házi szociális szolgálattal kapcsolat felvétel, szociális térkép felvétele, ápolást igénylőknél szociális otthoni elhelyezés elindítása

Gyermekek esetében az iskolai teljesítmény változása, önellátásban való javulás lehet fontos.

4-1 Krónikus nem daganatos fájdalom miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja

Elsődleges: I szint, 2200 szakmakód; gyermekek: 2205 szakmakód

Alapprogram, programozható

Krónikusan fennálló, nem daganatos eredetű fájdalom miatt kialakult funkciózavarok ellátási programja. Akkor van szükség erre a programra, ha az ellátás fő vagy egyetlen célja a fájdalom csökkentése és ezáltal a fájdalom okozta funkciózavarok (testi és lelki) csökkentése, amivel a személyek közérzete, általános állapota és lelki jólléte javulhat.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **közepesen súlyos**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humánerőforrás szükséglet

1.3.1 Ápolási szükséglet: közepes / kicsi – közepes (A2S1), amennyiben alsó végtagi nagyzületi kontraktúrák (pl. csípő és térd flexió és ill. addukció) nehezíti a járást, ill mozgást; egyébként kicsi (A1S1)

1.3.2. Speciális szakdolgozó szükséglet: alapsomag: gyógytornász, fizioterápiás szakasszisztens, hidroterápiát is végző fizioterápiás asszisztens, gyógymasszőr, ergoterapeuta, dietetikus, pszichológus, szociális munkatárs

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: ebben a csoportban rendkívül változatos, általában multimorbid betegek tartoznak + NSAID, direkt fájdalomcsillapítók, PPI , B vitamin , carbamazepin.

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: NSAID, direkt fájdalomcsillapítók, PPI, lokális steroid + helyi érzéstelenítő, gyógypakolások: Pasta antirheumatica (Antiphlogistin), Solutio hyperaemisans (Ritex), paraffin, neuropátiás fájdalomcsillapítás gyógyszerei (antidepresszánsok, anticonvulsív szerek, opiátok)

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: ortézisek, fásli

Rehabilitáció során szükséges anyagok: ortézisek, mobilitást és önellátást segítő eszközök

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: *laborvizsgálatok, rtg film, UH*

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: *UH, rtgfilm, EKG, vérnyomásmérő, vércukorszintmérő*

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

- Háziiorvosi praxis → reumatológiai/rehabilitációs szakambulancia/fekvőbeteg intézet ambulanciája → NK/osztály
- Szakorvosi ambulanciák (belgyógyász, hematológiai, stb) → reumatológiai/neurológia/rehabilitációs szakambulancia/fekvőbeteg intézet ambulanciája → NK/osztály

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Időzítés **programozhatóan**, az időfaktornak a kontraktúrák megelőzésében van szerepe

3./ A rehabilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak leírása

1.-2. Fekvőbeteg, járóbeteg, nappali ellátás

Alapcsomag (hidro- vagy balneoterápia javasolt kontraktúra esetén, ha nincs gyulladásos aktivitás ill. bel/bőrgyógyászati kontraindikáció.) **FB: I szint / JB: I/II.szint.** Az ellátás helyszíne: függ (1) az állapot súlyosságától: súlyos esetekben elsősorban FB ellátás, középsúlyos és enyhe esetekben a beteg kültéri mobilitási önállósága esetén (d450 és/vagy 465 2-es vagy 1-es): JB vagy NE, ha szállításra szorul, akkor FB ellátás. JB ellátás zömében I szint (szakrendelés), de lehet II: szint (szakambulancia) is, ha az van a lakóhelyhez közelebb. **Tartama: 21-28 nap (FB), 10-15 alkalom (JB), 2-3 hét (NE)**

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségletéről) milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl?

Program(ok): 3-1,5-1,5-2,5-3, 5-4; 20,22,23.

Ellátási szint: I - Ezek krónikus betegségek, általában szükség van ismételt ellátásra

12 hónapon belül várható /javasolt /szükségesnek tartott kapcsolódó ellátás: (karbantartás)

rekondicionálás: ismételt ellátás

4./ A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5./ A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1. Változást jellemző teszteredmények

FIM, Barthel, FNO (kötelező), VAS, ROM, HAQ, Womac, DAS28, BASDAI, Roland Morris, Oswestry (opcionális)

5.2. Kimeneti jellemzők

Ízületek és gerinc mozgáshatárainak bővülése, fájdalom csökkenése, önellátás növelése, mindennapi élettevékenységek könnyebb végzése

A betegek döntő többsége a rehabilitációs program után önellátó és a munkaképes korúak többnyire eredeti munkakörükbe visszahelyezhetők, ritkább esetben ez nem áll fenn, ilyenkor foglalkoztatási rehabilitáció szükséges.

4-2 Daganatos fájdalom és következményes funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja

Elsődleges I-es szint, 2200, gyermek, I szint 2205 szakmakód

A daganatos betegek fogyatékosága nagyrészt az alapbetegség és a szövődmények következménye, a fájdalom ezt súlyosbíthatja. Az ide tartozó sokféle megbetegedés miatt számos másik program egyidejű vagy egymást követő alkalmazására is szükség lehet. A daganatos fájdalom jellemzője, hogy általában összefüggést mutat az alapbetegség súlyosságával. A protokoll nem tartalmazza a daganatos fájdalomcsillapítás során esetleg szükséges idegblokádot, ami az aktív ellátás része. Ide tartozik viszont a daganatellenes kezelés következtében fellépő fájdalom. A daganatos beteg besorolása a vezető károsodás és funkciózavar alapján történik (pl. amputáció, pathológiás törés, agydaganat vagy áttét stb.), de történhet a fájdalom miatt is.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: súlyos- **közepesen súlyos**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás szükséglet:

1.3.1. Ápolási szükséglet: nagy / közepes

1.3.2. Speciális szakdolgozó szükséglet: alapsomag: gyógytornász, ergoterapeuta, pszichológus

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: nagy

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: daganatellenes szerek

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: fájdalomcsillapítók, antidepresszánsok

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: sztóma ellátása, sebellátás, katéterek

Rehabilitáció során szükséges anyagok: kötszerek, sztóma eszközök, katéterek

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: rtg film, kontrasztanyag

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: ortézis, labor, EKG, vérnyomásmérő, vércukorszintmérő

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

házi orvos → rehabilitációs szakambulancia → osztály (ha járóbetegként nem megoldható a probléma)
onkológus → rehabilitációs szakambulancia → osztály (ha járóbetegként nem megoldható a probléma)
alapbetegség szerinti szakorvos → rehabilitációs szakambulancia → osztály (ha járóbetegként nem látható el)

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Jellemzően **programozható**, de **elsőbbségi** kezelés is szükséges lehet, azonnali, de legfeljebb egy héten

belül, ha a fájdalom súlyos funkcionális korlátozást okoz, amely rehabilitációs ellátás során javítható

3./ A rehabilitációs ellátóhelyre vonatkozó kívánalmak leírása

1.-2. Fekvőbeteg / nappali ellátás / járóbeteg

Alapcsomag, I szint. Az alapbetegség súlyossága, a beteg kültéri mozgóképessége, valamint terhelhetősége alapján kell dönteni az ellátás helyszínének meghatározásáról, **az ellátás szakmai tartalma azonos;** JB ellátásban a szakrendelés (I.szint) vagy szakambulancia (II. szint) egyaránt alkalmas, lakóhelyhez közelség dönti el. **Tartama: 21-35 nap (FB), 15-20 alkalom (JB), 2-4 hét (NE)**

Ismételt felvétel – programozható ellátás - rehabilitációs céllal elsőbbségi rehabilitáció befejezését követően

Az ismételt rehabilitáció szükségességét a relapszusok száma határozza meg.

Jellemző és kötelezően kódolandó FNO-k ismételt felvételnél nem különböznek az elsőbbségi rehabilitációban alkalmazottaktól, ez ellátás elvei sem különböznek.

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségletéről) milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl?

Program(ok): 3-as/komplex kéz(felső végtag) funkciózavarok/, 7-es /amputáció/, 10-es /táplálékfelvétel, hasznosítás, ürités zavarai miatti fogyatékoság/, 11-es /vizeletkiválasztás, ürités zavarai miatti fogyatékoság/, 15-ös /gerincvelő nem traumás károsodása/; Ellátási szint: I-II.

3 havonta várható /javasolt /szükségesnek tartott kapcsolódó ellátás: Kontroll a járóbetegellátásban, relapsus esetén újabb rehabilitációs program.

4./ A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5./ A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1.Változást jellemző teszteredmények: FIM, Barthel, FNO (kötelező), VAS, Beck (opcionális)

5.2. Kimeneti jellemzők: Karnofsky skála.

A távozási állapotot, az önálló képesség szintjét lényegesen befolyásolja az alapbetegség súlyossága. A páciensek többségükben otthonukba távoznak. Házi szociális gondozás, munkaképes korúaknál foglalkozási rehabilitáció szükséges lehet.

5-1 Szisztémás autoimmun és egyéb gyulladásos reumatológiai betegségek következtében kialakult funkciózavar, fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási program

Elsődleges II szint 2200 szakmakód (felnőtt), II. szint 2205 szakmakód (gyermek)

III. szintű ellátás:

C(2) Arthritis-immunológiai rehabilitációs központ: az aktív ellátók és a rehabilitációs centrum közötti külön megállapodás alapján. Részvevő intézmények a rehabilitációs medicina 2200 MSK-REU vagy gyermekkorban 2205 MSK III. szintű osztálya és egyetemi immunológiai centrum.

A gyulladásos reumatológiai betegségek egy vagy több ízület krónikus gyulladásával járó, etiológia szerint többféle csoportba osztható kórképek összessége. A rehabilitációt az akut gyulladást vagy aktivitásfokozódást követően mutatkozó funkciókiesések (ízületi mozgáskorlátozottság, izomerő-csökkenés, perifériás idegbántalom okozta paresis, légzési és/vagy keringési elégtelenség, malabsorptio-krónikus felszívódási zavar) következtében kialakult tevékenységek akadályoztatása (mobilitás, járás, kéz- és karhasználat, önellátás, munkavégzés) és a társadalmi szerep részvétel csökkenése teszik szükségessé.

Ide tartozó betegségek a Rheumatoid arthritis (RA), a Spondylitis ankylopoetica (SPA), Arthritis psoriatica (AP), Reaktív arthritisek, Crohn betegséghez, Colitis ulcerosához társuló spondylarthropathiák, a Kristály-okozta arthritisek, pl. köszvény, CPPD, valamint a szisztémás autoimmun betegségek.

A Szisztémás lupus erythematosus (SLE), a Szisztémás sclerosis (SSc), a Gyulladásos myopathiák (Polymyositis/Dermatomyositis) (IIM), a Kevert kötőszöveti betegség (MCTD) a Szisztémás vaszkulitiszek, a Sjögren szindróma, az Antifoszfolipid szindróma (APLS) több szervrendszert érintő autoimmun betegségek. Közös jellemzőjük az erek, a szív, a tüdő, a vese, a gyomor- bélrendszer, valamint a mozgásszervek érintettsége.

A betegek rehabilitációjakor a legfontosabb problémakörök:

Bőrelváltozások: különböző kiterjedésű bőrkiütések, tartós bőrfekélyek, sclerodermás bőrvastagodás beleértve az arc és egyéb testrészek bőrét, ízületi kontraktúrák; **Mozgásszervrendszer funkció zavarai:** ízületi mozgásbeszűkülés (kontraktúrák) és fájdalom az alsó és a felső végtagokban, kiemelten a kézizületekben. Krónikus izomgyengeség, főként a törzs közeli izmokban, súlyos esetekben a garatizmokban és a légzési segédizmokban is; **Általános tünetek:** krónikus fáradtságérzés, hőemelkedés, szemkiszáradás (szövődményes szaruhártya perforáció lehetősége) **Kardiorespiratórikus rendszer érintettsége:** krónikus tüdőgyulladás, tüdőfibrosis, krónikus szívizomgyulladás, szívbelhártya gyulladás, szív koszorúér betegség, szív ingerképzési és -vezetési zavarok, tüdőérbetegség okozta hypertonia; **Gyomor-bélrendszer érintettsége:** állandó szájszáradás, a bélrendszer mozgásának lassulása, nyelőcső reflux betegség, *malabsorptio-krónikus felszívódási zavar*, krónikus székrekedés; **Központi, vagy perifériás idegrendszeri tünetek:** bénulások, epilepszia, pszichés zavarok, depresszió, kognitív zavarok; Krónikus veseelégtelenség

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség / baleset / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **közepesen súlyos**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humánerőforrás

1.3.1. Ápolói szükséglet: közepes – AS beosztás

1.3.2. Specifikus szakdolgozói szükséglet Bővített csomag: gyógytornász, fizioterápiás szakasszisztens, ergoterapeuta, szociális munkatárs, pszichológus, hidroterápiát is végző fizioterápiás szakasszisztens, dietetikus, III. szintnél: a biológiai terápiákban kellő ismerettel rendelkező reumatológus-rehabilitációs szakorvos, aki tisztában van a biológiai terápiák rehabilitációt érintő következményeivel

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet nagy

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: Bázisterápia (azathioprin, chloroquin, leflunomid, methotrexat, cyclosporin A), cardiovascularis rendszer gyógyszerei: szívre ható szerek, vérnyomás csökkentők; értágítók, keringésjavítók: pentoxyphyllin, iloprost infúziók; anticoaguláns szerek, kis molsúlyú heparinok, K-vitamin antagonisták, thrombocyta aggregációt gátló szerek; Gyulladás csökkentők (szteroid, nonszteroid), antiporotikus szerek; gyomorsavcsökkentők: H2 receptor blokkolók, proton pumpa gátló; osteoporosisra ható gyógyszerek. (A biológiai terapia fenntartása a rehabilitáció időszakában nem a rehabilitációt terhelő költség)

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: antibioticum – gyakori fertőzések miatt, analgeticumok, hangulat javítók, szorongás oldók, székletlazítók.

1.4.2. Napi átlagos kötszer-, egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: sebkezeléséhez kötszerek. ortézisek, önellátást segítő eszközök, mobilitást segítő eszközök.

Rehabilitáció során szükséges anyagok: sebkezeléshez kötszerek, ortézisek, önellátást segítő eszközök, mobilitást segítő eszközök

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: laboratóriumi vizsgálatok (gyakrabban van erre szükség), rtg, ergométer, EKG, ízületi ultrahang működéséhez szükséges fogyóanyagok.

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: ua.

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

- Családorvos, immunológiai, reumatológiai szakrendelés, vagy rehabilitációs szakambulancia-előjegyzés ambuláns rehabilitációra, vagy osztályos felvételre.
- Elsőbbségi rehabilitációs ellátási szükséglet esetén aktív reumatológiai, vagy immunológiai osztályról közvetlen áthelyezéssel.

- Saját osztály járóbeteg rendeléséről ill. rehabilitációs szakambulanciáról

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Elsőbbségi rehabilitációs ellátási szükséglet: egy-egy aktív szubot követően; **programozható**: nyugalmi fázisban

3./ A rehabilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak leírása

1. Fekvőbeteg ellátás

Bővített csomag: II szint: programozható, Tartama: 21-28 nap;

III. szint: elsőbbségi ellátás (speciális ellátás), Tartama: 21-40 nap

C(2) Arthritis-immunológiai rehabilitációs központ: 5-1 REP-ekbe tartozó betegek rehabilitációs ellátása az aktív ellátók és a rehabilitációs centrum közötti külön megállapodás alapján. Résztvevő intézmények a rehabilitációs medicina 2200 MSK-REU vagy gyermekkorban 2205 MSK III. szintű osztálya és egyetemi immunológiai centrum.

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: azok a betegek tekinthetők speciális ellátási szükségletűnek, akik

- **alapbetegségük (REP 5-1-ben felsorolt BNO 1 valamelyike) és társbetegségeik (adott REP szereplő BNO-k közül 2-nél több) miatt súlyos fogyatékosnak tekinthetők:** adott REP 1.2 alatti táblázat ának FNO és egyéb teszt rovatában egyaránt súlyos állapotúnak minősültek
- rehabilitációra alkalmas állapotban vannak, azaz terhelhetők és eredmény várható az ellátástól
- esetében reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- valóban elérték a rehabilitáció során a kitűzött célokat

C(6) Szakmaközi rehabilitációs központ: Szisztémás gyulladásos kórképekben járatos kardiológus, nephrológus, pulmonológus, gastroenterológus konzultációs és ügyeleti háttér fontos a kezelés alatt. További feltételek a bevezető részben vannak részletezve.

Mikor, ki nem látható el II. szinten: szisztémás autoimmun betegek súlyos szuperinficiált mélyfekély fennállása esetén; lábszároedema, tartósan decompenzált kardiovasculáris állapot (NYHA: III-IV), vagy veseelégtelenség következtében. Súlyos tüdőfibrosis (FVC<60%, vagy pulmonalis hypertonia (DLCO<50%) esetei, súlyos gyulladásos myopathia, vagy secunder myopathia vagy neuropathia esetei, malabsorptiós szindróma esetei.

2. Járóbeteg, nappali ellátás, programozható. Akkor alkalmazható, ha a II. szintnél leírt feltételek mellett a beteg kültérben járóképes (d465 1-es, d470 1-es vagy 2-es), illetve szállítási szolgálat igénybe vétele megoldható (d470 3-as, 4-es) akkor NE és JB ellátás is lehetséges (ld. még ism/prog tábla) **2-3 héten át (NE) vagy 15-20 alkalommal (JB) II szintű** (szakambulancia) ellátóban.

Folytatólagos járóbeteg ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségletről) milyen

programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl? Szükséges lehet még járulékos programként: kardiális, pulmonális, neurológiai szövődmények, kézfunkció zavarok, krónikus fekélyek, infekciókra való hajlam és fertőzött sebek miatt gyakran szükség van a 3, 4-1, 4-3, 6-3, 8-2, 10-2, 12, 13, 16 és 17-es programok alkalmazására is. Ellátási szint és helyszín: mint fent. 6-12

hónapon belül várható kapcsolódó ellátás: (karbantartás) re-kondicionálás (természetesen progressziótól függően)

Programozható /ismételt felvétel rehabilitációs céllal elsőbbségi rehabilitáció befejezését követően

Az alapbetegség relapsusaival és/vagy progressziójával összefüggő funkcióromlás esetén illetve a lassan progresszióval esetekben. Ismételt rehabilitáció esetén az első rehabilitációval azonos FNO-k kódolandók.

Jellemző	Minősítő	
	fekvőbeteg	járóbeteg / nappali
1.2. állapot súlyosság a betegek 70-90%-ára jellemzően (N/Kp/k)	súlyos/közepes	
1.3.1. ápolói szükséglet	közepes	
1.4.1. gyógyszer szükséglet	közepes-nagy	
1.4.2. kötszer és egyéb orvostechnikai anyag szükséglet (N/Kp/k)	kicsi	
1.4.3. diagnosztikai anyag szükséglet (N/Kp/k)	kicsi	
3.1. ellátási csomag (alap/bővített)	alap/bővített	alap
3.2. ellátási szint (I/II/III)	II/III	II
3.3. ellátás várható tartama (től – ig)	21-28	NK: 2-3 hét, JB: 15-20 alkalom
Ismételt rehabilitáció várható tartama az első évben (hét/1. év)	-	3-4
Ismételt rehabilitáció várható tartama a második évben (hét/2. év)	3-4	3-4
jellemző betegutak	1. háziorvos	
	2. szakrendelés	
	3. rehabilitációs ambulancia	

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségleteiről) milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl?

4. A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5./ A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1. Változást jellemző teszteredmények, FIM, Barthel, FNO (kötelező), HAQ, Cochin index
SPA: BASFI és BASDAI teszt, Szisztémás sclerosisban: Scleroderma-HAQ, SLE fennállása esetén: SLEDAI, Myositisekben: Manuális izomerő felmérés (MMT8), 10-méteres járásteszt.

egyoldalon mérve: m.deltoideus, biceps, csukló extensorok, gluteus maximus és medius, quadriceps, boka dorsalflexorok és nyaki flexorok, (max: 80pont).

EQ5D vagy WHO-QoL vagy WHO-QoL-bref. (opcionális, de II szinten egy, III szinten két teszt elvégzése kötelező)

5.2. Kimeneti jellemzők: Önellátási tevékenységek (tesztek) javulása, izomerő (MMT8) és kardiorespiratorikus kapacitás növekedése (VO₂-max) fájdalom és fáradékonyság mérséklődése (vizuális analóg skálák). A munkaképes korosztálynál a foglalkoztatás ismeretében szükség lehet

foglalkozási rehabilitációra irányításra (RIC kp.tal kapcsolat felvétel) Idős, segítségre szorulóknál házi szociális szolgálattal kapcsolat felvétel, szociális térkép felvétele, ápolást igénylőknél Szociális otthoni elhelyezés elindítása

5-2 Degeneratív ízületi és gerinc betegségek /kórállapotok következtében vagy legalább 6 hónappal a beavatkozások után kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja

Elsődleges I szint 2200 szakmakód

Az ízületi struktúrák valamennyi elemének fokozatos progresszív károsodása jellemzi. Tünetei a fájdalom és funkcionális károsodás. Romlik az ízület mozgásképesége, izomgyengeség, ízületi kontraktúrák alakulhatnak ki. A fájdalom és a funkció mértéke határozza meg a műtétek szükségességét. A rehabilitációt az alapbetegség vagy LEGALÁBB 6 HÓNAPPAL a műtétek után kialakuló mozgásfunkció romlás és a kifejezett fájdalom teszi szükségessé, miáltal akadályozott az önellátás, járás, ezáltal a cselekvőképesség és a társadalmi részvétel.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **_közepesen súlyos**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humánerőforrás szükséglet

1.3.1. Ápolói szükséglet: általános jellegű, **Közepes/kicsi**

1.3.2. Speciális szakdolgozó szükséglet alapsomag: gyógytornász, fizioterápiás szakasszisztens, ergoterapeuta, heti 1-2 napon pszichológus, hidroterápiát is végző fizioterápiás asszisztens, gyógymasszőr, dietetikus, szociális munkatárs, hetente 1 nap ortopéd műszerész

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: direkt fájdalomcsillapítók: (WHO 1 lépcső): szalicilsav és származékai, pyrasolonok, anilidek (paracetamol), nem-szteroid gyulladáscsökkentők, WHO 2. lépcső enyhe opioidok, WHO 3.lépcső erős hatású opioidok: fentanyl tapasz. Chondroprotectív szerek (glucosamin sulfat, chondroitin sulfat, hyaluronsav), izomrelaxansok

A gyakori kísérőbetegségek miatti gyógyszeres terápia (hipertónia, diabetes, COPD, cardiovasculáris betegségek, OP, GERD)???

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: fájdalomcsillapítók (WHO 1-3 lépcső), localisan gyógyszeres pakolások, izomrelaxansok, protonpumpa gátlók, localis steroidok és localanesthetikumok, Műtött betegeknél antithrombotikus terápia (itt 6 hónappal a műtét után vagyunk, kell az antitrombotikus th?)

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: ortézisek, mobilitást, önellátást segítő segédeszközök

Rehabilitáció során szükséges anyagok: fizioterápia során használt anyagok, gyógytorna alapvető eszközei, hydro- / balneoterápiához szükséges anyagok, Műtött betegeknél kötszerek

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet kicsi

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: RTGfilm, ízületi UH

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: labor, RTGfilm, ízületi UH, labor, EKG, vérnyomásmérő, vércukorszintmérő.

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra? (jellemző beteg utak leírása valószínűségi sorrendben)

- Háziorvos → reumatológiai szakrendelő/rehabilitációs szakrendelés/fekvőbeteg intézet ambulanciája → NK/rehabilitációs osztály
- Reumatológiai szakrendelő→rehabilitációs szakrendelés→NK/rehabilitációs osztály
- Alapbetegség szerinti aktív osztály → rehabilitációs osztály
- Ortopéd sebészeti osztály→ rehabilitációs osztály

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Programozhatóan, korai postoperatív esetben és/vagy gyulladásos epizód után az időfaktor fontos

3./ A rehabilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak leírása

Alapcsomag, ami adottságok függvényében egészíthető ki, de minden ide sorolt betegnek előnyt jelent, ha hydro ill. balneoterápia is rendelkezésre áll

1., 2.Fekvőbeteg ellátás, járóbeteg ellátás, nappali ellátás, programozható

Alapcsomag, I szint (FB), I és II. szint (JB) a lakóhely közelsége szerint kell dönteni

Az ellátás helyszíne: annak függvénye, hogy a beteg állapota milyen súlyosságú: **súlyos esetben a FB ellátás ajánlott, kp és enyhe esetekben a JB ellátás** elsősorban **NK ellátás minden súlyossági csoportban** megfelelő. A súlyosságon kívül a beteg kültérben történő önálló járásképesége és a tömegközlekedési eszközök használati képessége (d470) a döntő. Szállítási szolgálat igénybe vétele indokolt a NE vagy JB eléréséhez (d470 3-as vagy 4-es), ha nem áll rendelkezésre szállítás napi szinten, akkor FB ellátás javasolt. **Tartama: 21-28 nap (FB), 10-15 alkalom (JB), 2-3 hét (NE)**
Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségletéről) milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl funkcióromlás esetén: egyéb REP-ek: 3-1, 4-3, 9-2, 10-2, Ellátási szint és helyszín: a probléma függvénye.

4./ A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5./ A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1./ Változást jellemző teszteredmények Barthel, FIM, FNO (kötelező), és betegségsspecifikus: WOMAC, OSWESTRY/Roland-Morris, HAQ, VAS (opcionális)

5.2. / Kimeneti jellemzők: Ízületek és gerinc mozgáshatárainak bővülése, általános kondíció javulás, állapot romlás elkerülése, önellátás visszaállítása ill. javulása, segédeszköz használat elsajátítása,;

Munkaképes korosztálynál a foglalkoztatás ismeretében szükség lehet foglalkozási rehabilitáció irányításra (NRSZH, munkaügyi hivatal kp.-tal kapcsolat felvétel); Szociális szükséglet: Idős, segítségre szorulóknál házi szociális szolgálattal kapcsolat felvétel, sz.e. szociális otthoni elhelyezés elindítása, egyéb szociális lehetőségek

5-3. Nem komplikált csont-ízületi-szalagrendszeri műtétek utáni állapotokban szükséges rehabilitáció TEP, herina, discopathia, gerinccsatorna szűkület miatti műtét, stabilizáló gerincműtét, vertebroplastica ellátási program

Alapcsomag, elsőbbségi, Elsődleges I. szint, 2200 szakmakód

Az ízületi struktúrák valamennyi elemének fokozatos progresszív károsodása, fájdalom, funkcióvesztés miatt szükséges műtét utáni rehabilitáció. A műtét előtt tartósan fennálló fájdalom, ízületi mozgás beszűkülés, izomerő csökkenés miatt kialakult funkcionális károsodás helyreállítása műtét után. A rehabilitáció célja az ízületi mozgáspálya növelése, izomerő növelése, ezáltal az önellátás, járás, ezáltal a cselekvőképesség és a társadalmi részvétel javítása, visszaállítása.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: súlyos, közepesen súlyos enyhe.

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humánerőforrás szükséglet

1.3.1. Ápolói szükséglet: általános jellegű, **Közepes/kicsi**

1.3.2. Speciális szakdolgozó szükséglet alapcsomag: gyógytornász, fizikoterápiás szakasszisztens, ergoterapeuta, heti 1-2 napon pszichológus, hidroterápiát is végző fizikoterápiás asszisztens, gyögymasszőr, dietetikus, szociális munkatárs, hetente 1 nap ortopéd műszerész

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: direkt fájdalomcsillapítók: (WHO 1 lépcső): szalicilsav és származékai, pyrasolonok, anilidek (paracetamol), nem-szeroid gyulladáscsökkentők, WHO 2. lépcső enyhe opioidok, WHO 3.lépcső erős hatású opioidok: fentanyl tapasz. Chondroprotectív szerek (glucosamin sulfat, chondroitin sulfat, hyaluronsav), izomrelaxansok

A gyakori kísérőbetegségek miatti gyógyszeres terápia (hipertónia, diabetes, COPD, cardiovasculáris betegségek, GERD, OP)

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: fájdalomcsillapítók (WHO 1-3 lépcső), localisan gyógyszeres pakolások, izomrelaxansok, protonpumpa gátlók, localis steroidok és localanesthetikumok, antithrombotikus terápia (LMWH) (ezek mind műtűttek)

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: ortézisek, mobilitást, önellátást segítő segédeszközök

Műtétek utáni állapot miatt **kötiszerek, felületes dezinficiálók, steril műszerek** (anatómiás csipesz, olló, rugalmas pólya)

Rehabilitáció során szükséges anyagok: fizioterápia során használt anyagok, gyógytorna alapvető eszközei, hydro- / balneoterápiához szükséges anyagok,

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet kicsi

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: RTGfilm, ízületi UH

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: labor, RTGfilm, ízületi UH, EKG, vérnyomásmérő, vércukorszintmérő.

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra? (jellemző beteg utak leírása valószínűségi sorrendben)

Műtő osztály→ rehabilitációs osztály

Háziorvos →rehabilitációs szakrendelés/fekvőbeteg intézet ambulanciája →rehabilitációs osztály

Műtő osztály szakrendelése → rehabilitációs osztály

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan? elsőbbségi felvétel 6 hónapon belül

3./ A rehabilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak leírása

Alapsomag, ami adottságok függvényében egészíthető ki, de minden ide sorolt betegnek előnyt jelent, ha hydro ill. balneoterápia is rendelkezésre áll

1., 2.Fekvőbeteg ellátás, járóbeteg ellátás, nappali ellátás, programozható

Alapsomag, I szint (FB), I és II. szint (JB) a lakóhely közelsége szerint kell dönteni

Az ellátás helyszíne: annak függvénye, hogy a beteg állapota milyen súlyosságú: **súlyos esetben a FB ellátás ajánlott, kp és enyhe esetekben a JB ellátás** elsősorban **NK ellátás minden súlyossági csoportban** megfelelő. A súlyosságon kívül a beteg kültérben történő önálló járásképesége és a

tömegközlekedési eszközök használati képessége (d470) a döntő. Szállítási szolgálat igénybe vétele indokolt a NE vagy JB eléréséhez (d470 3-as vagy 4-es), ha nem áll rendelkezésre szállítás napi szinten, akkor FB ellátás javasolt. **Tartama: 21-28 nap (FB), 10-15 alkalom (JB), 2-3 hét (NE)**

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségletéről)

milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl funkcióromlás esetén: egyéb REP-ok: 3-1, 4-1, 9-2, 10-2, Ellátási szint és helyszín: a probléma függvénye.

4./ A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5./ A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1./ Változást jellemző teszteredmények Barthel, FIM, FNO (kötelező), és betegségspecifikus: WOMAC, OSWESTRY/Roland-Morris, HAQ, VAS (opcionális)

5.2. / Kimeneti jellemzők: Ízületek mozgáshatárainak bővülése, általános kondíció javulás, állapot romlás elkerülése, önellátás visszaállítása ill. javulása, segédeszköz használat elsajátítása,;

Munkaképes korosztálynál a foglalkoztatás ismeretében szükség lehet foglalkozási rehabilitáció irányításra (NRSZH, munkaügyi hivatal kp.-tal kapcsolat felvétel); Szociális szükséglet: Idős, segítségre szorulóknál házi szociális szolgálattal kapcsolat felvétel, sz.e. szociális otthoni elhelyezés elindítása, egyéb szociális lehetőségek

5-4. Csont-ízületi betegségek komplikált esetei (neurológiai tünetek, szeptikus szövődményt követő állapotok) és máshova nem besorolt tumoros elváltozások miatt végzett csont-ízületi műtétek utáni állapotok következtében kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja

Elsődleges II szint 2200 szakmakód (felnőtt),

Ebbne a programban kerülnek ellátásra a csont-ízületi betegségek komplikált esetei, neurológiai tünetekkel (myelopathia, radiculopathia, parezis, plégia, érzés zavar,) -szeptikus kórképek miatt végzett beavatkozások utáni állapotok (már nem szeptikus betegen) .A szövődményes protetizálás esetei (Girdlestone állapot, kilazulás) egyéb társbetegségekkel együtt,) Az osteoporosis talaján kialakult nem traumás csigolya fracturák műtéti esetei. A másodlagos törésgyógyulási zavarok, mint álzület, PAO, protézis luxáció, kilazulás és máshova nem besorolt tumoros elváltozások miatt végzett csont-ízületi műtétek utáni állapotok. A több régióban végzett endoprotetizálás és egyéb műtéti beavatkozások (kétoldali TEP, két oldali térd, váll protezis, gerincstabilizáló műtétek utáni súlyos funkció kieséssel járó esetek, a daganatos betegek végtagmegtartó műtéti beavatkozások utáni és a gerincoszlop daganatok műtéti beavatkozása utáni (protetizálás)gerincvelő sérüléssel nem járó esetei..."

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **közepesen súlyos/enyhe**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás szükséglet

1.3.1. Ápolói szükséglet: általános jellegű, **Közepes**

1.3.2. Speciális szakdolgozó szükséglet: gyógytornász, fizioterápiás asszisztens, ergoterapeuta, pszichológus, hydroterápiát is végző fizioterápiás asszisztens, gyógymasszőr, dietetikus és szociális munkatárs, ortopéd műszerész

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet közepes /nagy

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: direkt fájdalomcsillapítók: (WHO 1 lépcső): szalicilsav és származékai, pyrasolonok, anilidek (paracetamol), nem-szeroid gyulladáscsökkentők, WHO 2. lépcső enyhe opioidok, WHO 3.lépcső erős hatású opioidok:

fentanyl tapasz. Chondroprotectív szerek (glucosamin sulfat, chondroitin sulfat, hyaluronsav), izomrelaxansok, antiporotikus szerek,

A gyakori kísérőbetegségek miatti gyógyszeres terápia (hipertónia, diabetes, COPD, cardiovasculáris betegségek, OP, GERD)

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: fájdalomcsillapítók (WHO 1-3 lépcső), és gyulladás csökkentők localisan(pakolások, ia. inj), izomrelaxansok, protonpumpa gátlók, hangulat javítók, szorongás gátlók.

Műtétek után kis molekulású heparin, esetenként antibiotikum

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechikai anyag szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: ortézisek, mobilitást, önellátást segítő segédeszközök

Műtétek után **kötszerek, felületes dezinficiálók, steril műszerek** (anatómiás csipesz, olló, rugalmas pólya)

Rehabilitáció során szükséges anyagok: fizioterápia során használt anyagok, gyógytorna alapvető eszközei, hydro- / balneoterápiához szükséges anyagok **gipszelés technikai anyagok**

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet kicsi

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: RTGfilm, ízületi UH

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: labor, RTGfilm, ízületi UH , neurológiai tünetek esetén EMG/ENG vizsgálat.

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra? (jellemző beteg utak leírása valószínűségi sorrendben)

1. Ortopéd – **traumatológiai** , sebészeti osztály, idegsebészeti osztály, neurológiai osztály?→ rehabilitációs osztály

2. Alapbetegség szerinti aktív osztály → rehabilitációs osztály

3. Neurológiai szakrendelő→rehabilitációs szakrendelés→NK/rehabilitációs osztály

4. Reumatológiai szakrendelő→rehabilitációs szakrendelés→NK/rehabilitációs osztály

5. Házi orvos → reumatológiai szakrendelő/rehabilitációs szakrendelés/fekvőbeteg intézet ambulanciája → NK/rehabilitációs osztály (a 3. és 4. pontnál is Házi orvos utal szakrendelésre, ezért az 5. pontot nem venném külön)

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Alapvetően elsőbbségi, programozható csak abban az esetben, ha az állapot évek óta fennáll és a műtéti beavatkozás kontraindikált.

3./ A rehabilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak leírása

Alapcsomag, ami adottságok függvényében egészíthető ki, de minden ide sorolt betegnek előnyt jelent, ha hydro ill. balneoterápia is rendelkezésre áll

1., Fekvőbeteg ellátás Bővített csomag (II szint), Tartama: 21-42 nap

2. Nappali ellátás, II. szint (JB) a lakóhely közelsége szerint kell dönteni, de a beteg kültérben történő önálló járásképesége és a tömegközlekedési eszközök használati képessége (d470) a döntő. Szállítási szolgálat igénybe vétele (d470 3-as vagy 4-es), ha nem áll rendelkezésre szállítás napi szinten, akkor FB ellátás javasolt.

***Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségletéről)
milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl funkcióromlás esetén: egyéb REP-
ek: 3-1,4-1, 9-2, 8-2, 10-2,***

4./ A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5./ A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1./ Változást jellemző teszteredmények Barthel, FIM, FNO (kötelező) ill. betegségsspecifikus WOMAC, OSWESTRY/Roland-Morris, VAS, 10 méteres járás teszt, TUG teszt (opcionális, de egy kötelező), a gyógytornász dokumentációban a ROM és izomerő változás, segédeszköz módosítás dokumentációra kerül

5.2. / Kimeneti jellemzők: Ízületek és gerinc mozgáshatárainak bővülése, általános kondíciójavulás, állapot romlás elkerülése, önellátás visszaállítása ill. javulása, segédeszköz használat elsajátítása,; Munkaképes korosztálynál a foglalkoztatás ismeretében szükség lehet foglalkozási rehabilitáció irányításra (; Szociális szükséglet: Idős, segítségre szorulóknál házi szociális szolgálattal kapcsolat felvétel, sz.e. szociális otthoni elhelyezés elindítása, egyéb szociális lehetőségek

6-1 Szeptikus csont- ízületi folyamatok következtében kialakult funkciózavar / fogyatékoság szükséges rehabilitáció ellátási programja

Elsődleges ellátás a 2208 szakmakódon (felnőtt) III-as szinten.

Meghatározott esetekben

A(1) (8-1) 2200 szakmakód, III. szint

A szeptikus csont-ízületi betegségekben gyakran van szükség rehabilitációra, a végtagok csontjait és ízületeit, valamint a gerincet érintő súlyos funkciózavar (kontraktúra, állandó nagy fájdalom, végtag rövidülés és sántítás, a végtagok izomerejének csökkenése) miatt. A betegek önellátási képessége csökken, járásuk, helyváltoztató képességük, valamint mindennapi élettevékenységeik akadályozottak, többnyire csak korlátozottan terhelhetők, bár kültéri közlekedésük többnyire biztosítható. Az esetek nagyobb részében a rehabilitációs folyamat első fázisában különböző műtéteket is el kell végezni a szeptikus folyamat megszüntetése és a minél korábbi mobilizálás megkezdése érdekében. Mindennapi életvitelük folytatása segítséget igényelhet. A fentiek biztosítása hosszú távú rehabilitációs tevékenységet indokolhat.

1. A páciens állapotának jellemzése

1.1. Betegség /baleset /rendellenesség és a kialakult károsodás/funkciózavar/ fogyatékoság leírása SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot súlyosság a program kezdetén súlyos-közepesen súlyos SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás szükséglet:

1.3.1. Ápolói szükséglet: közepes (Önellátás segítése, sebkezelés)

1.3.2. Speciális szakdolgozó szükséglet bővített csomag: gyógytornász, ergoterapeuta, dietetikus, szociális munkatárs, sebkezelő nővér, ortopéd műszerész, pszichológus

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: nagy

Alapbetegség miatt szükséges típusos gyógyszerek: antibiotikumok (első 2 héten intravénás, második 2 héten per os alkalmazás), keringésjavítók, szívgyógyszerek, vérnyomás csökkentők, lipidszint csökkentők, inzulin, per os antidiabetikumok

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: minor és maior analgetikum, altató, trombocita aggregáció gátló, kis molekulásúlyú heparin (LMWH),

1.4.2. Napi átlagos kötszer szükséglet: nagy

Alapbetegség miatt szükséges anyagok: sebpárna, mull lap, kenőcs tüll, rugalmas pólya, kötésrögzítők,

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikus anyag szükséglet: nagy

Alapbetegség miatt szükséges diagnosztikus anyagok: bakteriológiai vizsgálat, nagyrutin laborvizsgálat, vércsoport meghatározás és szerológiai vizsgálat, vérsüllyedés és CRP vizsgálat, Rehabilitáció során szükséges diagnosztikus anyagok: képalkotó diagnosztika (rutinszerűen röntgen felvételek, bizonyos esetekben UH vizsgálat), labor, EKG, vérnyomásmérő, vércukorszintmérő

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

A betegek részben mozgásszervi betegségek kezelésével foglalkozó akut osztályról (reumatológia, ortopédia, traumatológia, neurológia), részben egyéb akut osztályról (sebészet, belgyógyászat, bőrgyógyászat), konzíliumot követően kerülnek átvételre. Más esetekben a beteg otthonából, házi- vagy szakorvosi beutalóval a saját rehabilitációs ambulancián keresztül kerül előjegyzésre és felvételre.

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Elsőbbségi. Az kivizsgált, akut ellátáson átesett szepszikus csontfolyamattal bíró egyén mielőbbi felvétele indokolt. Hosszabb ideje fennálló, krónikus szepszikus csont-ízületi folyamatok eseteiben lehetőség van programozott elsőbbségi felvételre is, ismert, nem életveszélyes állapot kezelése, szövődmény elhárítása céljából.

3./ A rehabilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak

1. Fekvőbeteg ellátás, elsőbbségi

Bővített csomag, kiemelt tevékenység III. szint 2208 szakmakóddal

Ellátás csak olyan nagy kórházakban biztosítható, ahol a szükséges műtétek, a betegek korai mobilizálása, rehabilitációs tevékenység, valamint szakszerű sebkezelés együttesen és összehangoltan nyújtható a beteg számára. A gyulladásos csont-ízületi folyamat akut és rehabilitációs ellátását, a betegek mozgáskorlátozottsága és részleges terhelhetősége miatt fekvőbeteg gyógyintézetben javasolt elvégezni, azonban amint lehet a háziápolás igénybe vétele javasolt. **Tartama: 30-40 nap**

A(1) Kiemelt ellátási szükségletű betegek ismételt (programozható) és kivételesen elsőbbségi rehabilitációja, ha területileg kötelezett kiemelt ellátó helyhiány miatt átmenetileg nem tudja fogadni. 2200 szakmakód, TRA

2. Nappali ellátás, elsőbbségi

A fenti feltételek mindegyikével rendelkező szolgáltatóban, amennyiben NE-ra van lehetőség és a beteg kültéri közlekedésben önálló, tömegközlekedési eszközön tud utazni vagy d470 3-as vagy 4-es szintje esetén a szállító szolgálat napi rendszerességgel igénybe vehető, az ellátás NE formájában is végezhető minden más tekintetben azonos feltételekkel, a megfelelő tehermentesítés biztosítása mellett. **Tartama: 20-25 munkanap**

Ismételt ellátás rehabilitációs céllal elsőbbségi rehabilitáció befejezését követően

Ritkán szükséges, olyankor, ha az elsődleges rehabilitációs vagy sebészi ellátás a kívánt eredményt nem érte el, ismételt sebészi beavatkozásra van szükség, amely után az állapot változása miatt (mozgás-, járásképeség, segédeszköz szükséglet) van szükség fekvőbeteg rehabilitációra. Az esetek többsége, amennyiben ismételt rehabilitációra egyáltalán szükség van, nappali kórházi vagy járóbeteg szakambulancián rehabilitációs ellátásban részesíthető.

Ismételt rehabilitáció esetén az első rehabilitációval azonos FNO-k kódolandók.

Jellemző	minősítő	
	fekvőbeteg	járóbeteg / nappali
1.2. állapotsúlyosság a betegek 70-90 %-ára jellemzően (N/Kp/k)	közepes	enyhe

1.3.1. ápolói szükséglet	közepes	
1.4.1. gyógyszer szükséglet	közepes-nagy	
1.4.2. kötszer és egyéb orvostechikai anyag szükséglet	közepes-nagy	
1.4.3. diagnosztikai anyag szükséglet	közepes	
3.1. ellátási csomag (alap/bővített)	bővített	bővített
3.2. ellátási szint (I/II/III)	II,III (kiemelt).	II
3.4. ellátás várható tartama (től – ig)	15-40 nap	NK: 2-3 hét, JB: 10-30 alkalom
Ismételt rehabilitáció várható tartama az első évben (hét/1. év)	--	2, ritkán 2x2 hét
Ismételt rehabilitáció várható tartama a második évben (hét/2. év)	szükségessége kérdéses	
jellemző betegutak	1.háziorvos	
	2.szakrendelés	
	3.rehabilitációs ambulancia	

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségleteiről) milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl?

A rehabilitációs programot követően többnyire szükség van rehabilitációs kontrollra, melynek gyakorisága kezdetben 2-3 hónap, majd elegendő az évenkénti ellenőrzés. Ennek során a fizikális vizsgálatok mellett radiológiai, labor és bakteriológiai vizsgálatokra van leggyakrabban szükség.

A rehabilitáció folyamatának befejeztével ismételt ellátás, rekondicionálás és fejlesztés viszonylag ritkán szükséges. Ilyen esetekben a háziorvosi praxisból, előjegyzést követően kerül a beteg rehabilitációra.

4. / A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei SZABÁLYKÖNYV

5. / A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1. Változást jellemző teszteredmények: FNO, FIM, Barthel (kötelező), Vércsúszási idő, CRP (egyik kötelező)

5.2. Kimeneti jellemzők: Munkaképes korúak esetén a munkába visszaállás esélye megvan, eredeti munkakörben viszonylag ritkán, többnyire átképzés után más munkakörben foglalkoztathatók.

A rehabilitációs ellátás eredményeként teljes függőség az önellátásban még idős életkorú betegek esetében is csak ritkán alakul ki. Jellemző indikátor a foglalkoztatás, a távozás színtere és az önállóság szintje.

6-2 Alsó és felső végtag perifériás verőér betegségek következtében kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja

Elsődleges I-II szint, 2200 szakmakód

Perifériás verőér betegséggel élő betegek rehabilitációjának célja a betegség okozta fogyatékoság csökkentése (fizikai terhelhetőség, életminőség, tevékenység és részvétel javítása), egészségtudatos magatartás kialakításán keresztül a betegség progressziójának lassítása, a betegség megismertetésén keresztül a hosszútávú együttműködés elősegítése, a panaszok/tünetek eredményes értékelésének elsajátítása. Magában foglalja az állapotfelmérést, a mozgásprogramot, a társbetegségek kezelését, betegoktatást és egészséges magatartás kialakítására irányuló intervenciókat (életmódi, diétás, pszichológiai képzés, dohányzásról lemondást segítő programok). A perifériás verőér betegségek súlyos felső-, ill. alsóvégtagi funkciózavarokat okozhatnak. Tünetei: a járástávolság kifejezett csökkenése, fájdalom, izomgyengeség, ill. a felső végtagi funkciózavar. A perifériás verőér betegség rendszerbetegség része, a társuló kóros egészségi állapotok (anyagcsere zavarok, obesitas, cardiovascularis betegségek, cerebrovascularis betegségek stb.), progresszíven fokozzák a funkciózavarokat, a rehabilitációs szükségletet növelik.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **közepesen súlyos**
SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás szükséglet

1.3.1. Ápolási szükséglet: kicsi

1.3.2. Specifikusan szakdolgozói szükséglet alapsomag: gyógytornász, szociális munkás, fizioterápiás szakasszisztens, ergoterapeuta, dietetikus, pszichológus, mentálhigiénikus vagy egészségnevelő, ortopéd műszerész elérhető

1.4. Fogóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: Pentoxiphyllin, ASA vagy Clopidogrel, sztatín, egyéb társult betegségek gyógyszerei, cardiacumok, antidiabetikumok, fájdalomcsillapítók, stb.

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: Analgetikumok, értágítós infúziós koktél, localisan ható gyógyszerek, pakolások, izom relaxansok, antidepresszáns.

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok

Rehabilitáció során szükséges anyagok: komplex fizioth. során használt anyagok (kenőcsök, borogatáshoz adalékanyagok, szénsavgáz)

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: vércukorszint mérő

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: labor, rtg., UH anyagszükséglete, EKG, vérnyomásmérő,

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

Családorvos, angiológiai v. érsebészeti szakrendelés, ezt követően rehabilitációs szakrendelés, előjegyzés programozott rehabilitációra. Közvetlen aktív beavatkozást követően (intervenció, operatív beavatkozások), konzílium után korai aktív rehabilitáció.

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Jellemzően **programozható** rehabilitáció.

3./ A rehabilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak leírása

1. Járóbeteg, nappali ellátás, programozható

Alapcsomag I, szinten szakrendelőben, **Tartam: JB: 10-20 alkalom**

Bővített csomag: II. szinten szakambulancián; **NE bővített csomag megléte esetén indokolt.** Ha a beteg járóképessége segédeszközzel nehézkes a kültérben (d465 3-as vagy 4-es) illetve tömegközlekedési eszközön nem tud önállóan közlekedni (d470 3-as, 4-es) de szállító szolgálat rendszeresen igénybe vehető, a FB ellátás kiváltható közepes és súlyos esetben is NE-sal vagy JB ellátással. **Tartam: JB: 10-20 alkalom, NE: 2-3 hét.**

2. Fekvőbeteg ellátás, programozható

Alapcsomag I. szinten: Akkor indokolt, ha a beteg járóképessége segédeszközzel is nehézkes a kültérben (d465 3-as vagy 4-es) illetve tömegközlekedési eszközön nem tud önállóan közlekedni (d470 3-as, 4-es) és szállító szolgálat rendszeresen nem vehető igénybe. **Tartama: 14-21 nap**

Bővített csomag, II. szint: súlyos, középsúlyos állapotban, ilyen esetben szénsavfürdő / szénsavkád vagy mofetta is igénybe vehető az ellátáshoz,. **Tartama: 18-28 nap**

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségleteiről)

milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl? Program(ok) és protokoll(ok): angiológiai protokoll szerinti gondozás.

4. A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5./ A rehabilitáció eredményességének értékelése:

5.1. Kimeneti mérések: járástávolság mérés, Barthel-index, FIM, FNO, Fontaine stádium (kötelező mindegyik)

5.2. Kimeneti jellemzők

Munkaképes korosztálynál a foglalkoztatás ismeretében szükség lehet foglalkozási rehabilitáció irányításra (RIC kp.-tal kapcsolat felvétel)

Szociális szükséglet: Idős, segítségre szorulóknál házi szociális szolgálattal kapcsolat felvétel, sz.e. szociális otthoni elhelyezés elindítása, egyéb szociális lehetőségek.

6-3 Diabeteses láb szövődményei következtében kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja

Elsődleges I-II szint, 2200 szakmakód

A diabeteses beteg gondozásba vétele minél korábban szükséges a súlyos másodlagos károsodások megelőzése érdekében. A gondozás során a szénhidrátháztartás optimális beállításán túl, a szövődmények teljeskörű felkutatása- kezelése mellett, legfontosabb a diabeteses beteg oktatása, felvilágosítása a cukorbetegséggel való együttélésről, a szövődmények megelőzéséről, a szövődményekkel együttélés szabályairól. A diabetes leggyakoribb másodlagos szövődményei: retinopathia, nephropathia, neuropathia (somasensoros, somatomotoros, autonom), macrovascularis (hypertonia, ISZB, stroke). A cukorbetegség késői szövődményeként kialakult diabeteses láb szindróma kezelésében szükség van rehabilitációs ellátásra, mivel az alsó végtagok bőrét, jellemzően a talpbőrt, valamint a láb csontjait és ízületeit érintő súlyos funkciózavar gyakorta maradandó fogyatékoság kialakulásához vezet. (krónikus talpi fekély, súlyos ízületi destrukció, végtagdeformitás, Charcot-arthropathia, járásképtelenség, a végtagok izomerejének csökkenése). Ennek következtében a betegek önellátási képessége csökken, járásuk, helyváltoztató képességük, valamint mindennapi élettevékenységeik akadályozottak, többnyire csak korlátozottan terhelhetők, bár többségében kültéri közlekedésük biztosítható. Mindennapi életvitelük további folytatásához különböző mértékű segítséget igényelnek. A fentiek biztosítása hosszú távú rehabilitációs tevékenységet igényel. Az esetek nagyobb részében jó kooperáció esetén konzervatív kezelésekkel elérhető a kívánt eredmény, kisebb részben azonban a rehabilitációs folyamat első fázisában különböző műtéteket is el kell végezni, főleg szeptikus folyamat megszüntetése érdekében.

1. A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. **Állapot-súlyosság:** a rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **közepesen súlyos / enyhe**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás szükséglet:

1.3.1. **Ápolási szükséglet:** önellátás segítése, sebkezelés: **közepes** (napi 3 óra)

1.3.2. **Specifikus szakdolgozói szükséglet alapsomag:** gyógytornász, szociális munkás, fizioterápiás szakasszisztens, ergoterapeuta, pszichológus, ortopédiai műszerész és cipész, dietetikus, diabetológiai szakápoló és edukátor

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet nagy

Alapbetegség miatt szükséges típusos gyógyszerek: antibiotikumok, vazóaktív szerek, szívgyógyszerek, vérnyomás csökkentők, lipidszint csökkentők, antidiabetikumok (per os vagy inzulin), B-vitamin komplexek; H₂-receptor blokkolók, antithrombotikus kezelés (LMWH, heparin, thrombocytá aggregáció gátlók); antidepresszánsok;

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: analgetikumok, vazóaktív infúziók, lokálisan ható

szerek, izom relaxansok, antidepresszáns.

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet nagy

A diabeteses láb szindróma miatt gyakran szükséges anyagok: sebpárna, mull lap, nedvszívó kötözőszerek, impregnált kötözőanyagok, (öblítő) draineek, sebkenőcsök, fertőtlenítő szerek, túll, rugalmas pólya, kötésrögzítők, gipszrögzítés, ortopédtechnikai anyagok (ortézis, stb.)

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: nagy

Alapbetegség miatt szükséges diagnosztikus anyagok: diabeteses anyagcsere monitorozása, bakteriológiai vizsgálat, laborvizsgálat (vérkép, májfunkció, vesefunkció, INR szint, vizelet, vérsüllyedés, CRP), vércsoport meghatározás és szerológiai vizsgálat; kalibrált hangvilla-vizsgálat, monofilament teszt; Doppler

Rehabilitáció során szükséges diagnosztikus anyagok: betegágy melletti vércukor-meghatározás eszközei, képalkotó diagnosztika (rutinszerűen min. kétirányú összehasonlító rgt. felvétel), EKG, vérnyomásmérő, labor,

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra? A betegek sebészeti, belgyógyászati, bőrgyógyászati osztályokról konzíliumot követően kerülnek átvételre, más esetekben a beteg otthonából (háziorvosi), dialízis központból, diabeteses gondozó intézetekből a saját osztályos rehabilitációs ambulancián keresztül kerül előjegyzésre és felvételre.

A rehabilitáció folyamatának befejeztével ismételt ellátás a kiújulások miatt viszonylag gyakran szükséges. Ilyen esetekben a háziorvosi praxisból, fekvőbeteg ellátó intézet osztályáról, cukorbeteg gondozóból előjegyzést követően kerül a beteg ismételt rehabilitációra.

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Programozható, többnyire hosszabb ideje fennálló, krónikus csont-ízületi, illetve bőrfolyamatok (krónikus talpi fekély) eseteiben.

3./ A rehabilitációs ellátó-helyre vonatkozó kívánalmak

A diabetes okozta csont-ízületi, bőrelváltozás (ulcus) folyamat, a betegek mozgási korlátozottsága és részleges terhelhetősége, a fokozott és állandó ellenőrzés szükségessége, speciális segédeszközzel történő ellátás miatt a kezelést és rehabilitációt minden közepes és súlyos esetben fekvőbeteg gyógyintézményben javasolt elvégezni (elsősorban fekvőbeteg, ha van lehetőség akkor NE, esetleg JB formájában)

1.Fekvőbeteg ellátás, programozható

Alapcsomag – I. szint: enyhe esetekben. **Tartama: 14-40 nap**

Bővített csomag – II. szint: közepes és súlyos esetekben. Megfelelő alap diagnosztikus szolgáltatások gyors elérése. A műtétek elvégzésére alkalmas műtői háttér intézményen belül vagy közvetlen kapcsolattal, ahol a szükséges műtétek, a betegek posztoperatív mobilizálása, rehabilitációs ellátás, valamint szakszerű sebkezelés együttesen és összehangoltan nyújtható a beteg számára. **Tartama: 20 - 50 nap**

2. Járóbeteg, nappali ellátás, programozható

Fenti elvek mentén **JB (I. szint, szakrendelés)** vagy **NE** formájában is nyújtható ellátás, elsősorban második vagy további alkalommal (ld alább) illetve a fekvőbeteg ellátás kiváltható NE-sal vagy JB ellátással, ha a beteg kültérben mobilis, tömegközlekedési eszközön tud közlekedni (d470 1-es, 2-es) vagy a szállítás meg van napi szinten oldva (d470 3-as, 4-es) esetekben. **Tartama: 15-20 alkalom (JB) vagy 2-3 hét (NE)**

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségletéről) milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl?

A rehabilitációs programot követően többnyire szükség van rehabilitációs kontrollra, melynek gyakorisága kezdetben 1 hónap, majd 3 hónap, a továbbiakban félévente javallt a lábsebészeti ambuláns megjelenés. Ennek során a fizikális vizsgálatok mellett radiológiai, laborvizsgálatokra van leggyakrabban szükség. A rehabilitáció folyamatának befejeztével ismételt ellátás, rekondicionálás és fejlesztés viszonylag ritkán szükséges. Ilyen esetekben a háziorvosi praxisból, előjegyzést követően kerül a beteg rehabilitációra.

Ismételt felvétel rehabilitációs céllal (nem rekondicionálás!) elsőbbségi rehabilitáció befejezését követően: ritkán szükséges, olyankor, ha az elsődleges rehabilitációs vagy sebészi ellátás a kívánt eredményt nem érte el. Az esetek többsége, amennyiben ismételt rehabilitációra egyáltalán szükség van, nappali kórházi vagy járóbeteg rehabilitációs ellátásban részesíthető.

4. A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei
SZABÁLYKÖNYV

5./ A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1. Változást jellemző teszteredmények: FNO, FIM, Barthel (kötelező), Vércsúszási, CRP (opcionális)

5.2 . Kimeneti jellemzők: A diabeteses láb kezelésében szükség van rehabilitációs ellátásra, mivel az alsó végtagok bőrét, csontjait és ízületeit érintő súlyos funkciózavar jellemzően maradandó fogyatékossg kialakulásához vezet. Ennek következtében a betegek önellátási képessége csökken, járásuk, helyváltoztató képességük, valamint mindennapi élettevékenységeik akadályozottak, többnyire csak korlátozottan terhelhetők, bár többségében kültéri közlekedésük biztosítható. Mindennapi életvitelük folytatásához különböző mértékű segítséget igényelnek. A fentiek biztosítása hosszú távú rehabilitációs tevékenységet igényel. Keresőképes korúak esetén a munkába visszaállás, foglalkoztatás esélye megvan, többnyire átképzés után más munkakörben, ritkábban az eredeti munkakörben foglalkoztathatók. A munkaképes korúak esetében az eredeti foglalkozás ismeretében szükség lehet foglalkozási rehabilitációra. A rehabilitációs ellátás eredményeként teljes függetlenség a szövődmény természetéből adódóan csak ritkán alakul ki.

Jellemző indikátor a kórházi kezelések gyakorisága (kórházi bentfekvés/év), a foglalkoztatás, a távozás színtere és az önállóság szintje., Kórházi kezelés gyakorisága, Távozás színtere, Önállóság szintje

7-1 Traumás amputáció következtében kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja

Elsődleges I-II szint, 2200 szakmakód,

III szintű ellátás:

A(2) Speciális protetikai szükségletű amputáltak rehabilitációja 2200 szakmakód

A zömmel aktív korosztályt érintő, a balesetek helyszínén elszenvedett, illetve az első traumatológiai ellátás során befejezett csonkolásokat követő állapotok tartoznak ide. A funkciózavarok kialakulását befolyásolhatja az amputáció - gyakran nem tervezhető - magassága, a műtéti technika, az érintett végtagok száma, a kísérő állapotok, szövődmények (kontraktúra, pszichés zavarok) fennállása. Jellemző a helyváltoztatás (alsó végtag) illetve a kéz-és karhasználat valamint a tapintási funkciók (felső végtag) károsodása, hiánya, az önellátás, a napi rutin feladatok végzésének az akadályozottsága.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Baleset és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. **Állapot-súlyosság:** A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén

limitek megadásával: **súlyos/ közepesen súlyos/ 3-4 végtag egyidejű amputációja után és szövődményes esetekben, ill. kísérőbetegségekkel lehet súlyos/**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humánerőforrás szükséglet

1.3.1. Ápolási szükséglet: közepes

Az amputáció magasságától és az érintett végtagok számától függően napi 2-3 óra általános és részben specifikus jellegű (önellátás segítése, kötözés, csonkgondozás)

1.3.2. Specifikus szakdolgozói szükséglet

a) **alapcsomag:** gyógytornász; heti 1-2 napon: fizioterápiás szakasszisztens, ergoterapeuta, pszichológus/ klinikai szakpszichológus, dietetikus, szociális munkatárs, ortopéd műszerész elérhető

b) **bővített csomag:** munkapszichológiai konzultáció kötelező, gyermekek esetében klinikai gyermek szakpszichológus, hosszabb hospitalizáció szükségességekor pedagógus vagy gyógypedagógus, sport-terápiát és víz alatti tornát végző szakember

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: thrombosis profilaxis

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: fájdalomcsillapító, sz. sz. gabapentin származékok

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: sebpárna, mull lap, kenőcs túll, rugalmas pólya, kötésrögzítők

Rehabilitáció során szükséges anyagok: ortézisek, pneumatikus protézis, ideiglenes protézis,

végleges protézis,, járókorlát, lépcső, antidecubitor matrac, mobilitás és önellátás eszközei, gipsz,

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: rutin laborvizsgálat

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: (szövődmény esetén) röntgen felvétel, sebváladék leoltás, vizelet tenyésztés, EKG, vérnyomásmérő, vércukorszintmérő,

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

Elsősorban az amputációt végző traumatológiai osztályról esetleg helyi konzílium után, direkt átvétel révén, másodsorban a rehabilitációs osztály ambulanciáján történt vizsgálat és előjegyzés után.

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Jellemzően **elsőbbségi** rehabilitáció szükséges. Elsősorban a közlekedő- és munkaképesség minél korábbi visszaszerzésének lehetősége teszi indokolttá az akut kezelést követő azonnali rehabilitációt.

3./ A rehabilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak leírása

1.Fekvőbeteg ellátás, elsőbbségi

Alapcsomag, I. szint: csak akkor jön szóba, ha valamilyen ok miatt aktuálisan egyedi protézissel nem protetizálható (sebggyógyulás, gyenge általános állapot stb.) a beteg, így önellátás fejlesztés, ill. pneumatikus protézissel való mobilizálás zajlik. Az I. szintű ellátás lehet átmeneti időszak is. Folytatható, vagy eleve tovább utalható II. szintű ellátóba, ahol a defintív ellátás megtörténik. Tartósan ellátható I-es szinten az a FV –i amputált, akinél csak kozmetikus protézis alkalmazható.

Tartama: 10-20 nap.

Bővített csomag, II. szint: egyedi protetikai ellátás egy-, vagy több végtag amputáltak ellátása (AV, FV) esetén.

III. Szint, speciális ellátás:

A(2) Speciális protetikai szükségletű amputáltak /dysmeliások rehabilitációja: 7-1, 7-2, 7-3 REP-eket végző ellátó, ahol több végtagot érintő major amputáció, speciális felső végtagi protetizálás történhet felnőtt vagy/és gyermekkorúak számára. 2200 vagy 2205 szakmakód

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: Minden egyes betegnek, akivel kapcsolatban speciális protetikai szükséglet felmerül

- kórelőzményben maior amputáció kell szerepeljen alsó vagy felső végtagon vagy többes amputáció és
- a III-IV aktivitási szintbe kell tartoznia (Russek, aktivitási szint) és
- gyermek- vagy munkaképes korúnak kell lennie
- a speciális protézisnek meg kell jelennie az ellátásban
- a betegnek nyilatkoznia kell arról, hogy számára a protézis megfelelő minőségben elkészült
- az ellátónak több funkcionális teszttel bizonyítania kell, hogy a beteg számára nyújtott speciális protézissel milyen funkciójavulást lehetett elérni

Tartama: AV-i ellátás **30-50 nap**, FV ellátás esetén **30-60 nap**

2. Járóbeteg ellátás, elsőbbségi

Alapcsomag, II. szintű (szakambulancia) ellátás járóképes betegnél lehetséges a kezdeti időszakban, amennyiben egyedi protézis ellátás nem valószínű a későbbiekben sem. **Tartama: 15-20 nap**

Ismételt ellátás -rehabilitációs céllal elsőbbségi rehabilitáció befejezését követően illetve Programozható (szövődmény kezelése, vagy protéziscsere céljából).

FNO "b" (1-5 kötelezően kódolandó)	FNO "d" (1-5 kötelezően kódolandó)
1. b710 (Az ízületek mobilitási funkciói) 2. b730 (Izomerő funkciói) 3. b280 (Fájdalom érzése) 4. b455 (terhelés-tolerancia funkciói) 5. b810 (bőr védőfunkció) Kiegészítő FNO-k: b265 (Tapintási funkciók) b260 (Proprioceptív funkciók) b760 (akaratlagos mozgások kontroll funkciói) b139 (ál.mentális funkció)	1. d450 (Járás) 2. d465 (Helyváltoztatás segédeszköz használatával) 3. d530 (Toilette-használat) 4. d410 (alaptesthelyzet változtatása) 5. d540 öltözködés Kiegészítő FNO-k: d510 (Mosakodás) d640 (házimunka végzése) d550 (étkezés) d240 (Stressz és más pszichés terhek kezelése) d445 (Kéz és karhasználat)

Kívánalmak az ellátóhelyre vonatkozóan:

1.Fekvőbeteg ellátás, ismételt elsőbbségi

Alapcsomag I. szint: jelentős funkcionális romlás következett be pl. késői szövődmény (pl. neuroma, csonk insuffitientia, stb) miatt reoperáció szükséges, ill. az ambuláns ellátási hely a sérült számára rendszerességgel nem elérhető. **Tartama: 15-20 nap**

Bővített csomag II szint: egyedi protetikai ellátásban részesülő egy-, vagy több végtag amputáltak ellátása (AV, FV), vagy

III. Szint, speciális ellátás:

A(2) Speciális protetikai szükségletű amputáltak /dysmeliások rehabilitációja: 7-1, 7-2, 7-3 REP-eket végző ellátó, ahol több végtagot érintő major amputáció, speciális felső végtagi protetizálás történhet felnőtt vagy/és gyermekkorúak számára. Lehetséges 2200 vagy 2205 szakmakód

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: Minden egyes betegnek, akivel kapcsolatban speciális protetikai szükséglet felmerül

- kórelőzményben major amputáció kell szerepeljen alsó vagy felső végtagon vagy többes amputáció és
- a III-IV aktivitási szintbe kell tartoznia (Russek, aktivitási szint) és
- gyermek- vagy munkaképes korúnak kell lennie
- a speciális protézisnek meg kell jelennie az ellátásban
- a betegnek nyilatkoznia kell arról, hogy számára a protézis megfelelő minőségben elkészült
- az ellátónak több funkcionális teszttel bizonyítania kell, hogy a beteg számára nyújtott speciális protézissel milyen funkciójavulást lehetett elérni

Tartama : AV-i ellátás **30-50 nap**, FV ellátás esetén **30-60 nap**

2. Járóbeteg ellátás, ismételt elsőbbségi

Alapcsomag II. szinten. járóképes betegnél lehetséges, **Tartama: 15-20 nap**

Programozható ellátás jellemzője	minősítő	
	fekvőbeteg	járóbeteg
1.2. állapotsúlyosság a betegek 70-90 %-ára jellemzően (N/Kp/k)	közepes	enyhe
1.3.1. ápolói szükséglet	közepes	
1.4.1. gyógyszer szükséglet	kicsi	
1.4.2. kötszer és egyéb orvostechikai anyag szükséglet	közepes	
1.4.3. diagnosztikai anyag szükséglet	kicsi	
3.1. ellátási csomag (alap/bővített)	alap/bővített	alap
3.2. ellátási szint (I/II/III)	II,III.	II
3.4. ellátás várható tartama (től – ig)	15-40 nap	NK: 2-3 hét, JB: 10-15 alkalom*
Ismételt rehabilitáció várható tartama az első évben (hét/1. év)	a felsorolt indikációk szövődmények, vagy rosszul megítélt elsődleges rehabilitációs terv következményei; a leírt esetben 3 hét / 1 év	12-15 alkalom*
Ismételt rehabilitáció várható tartama a második évben (hét/2. év)		
jellemző betegutak	1.háziorvos	
	2.szakrendelés	
	3.rehabilitációs ambulancia	

*/pl.többszörösamp.protet.ellátása/

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségletéről)

milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl?

Program(ok): Tartós pszichológiai gondozás, munkapszichológiai felmérés, átképzés szükséges lehet. Kontroll a primer ellátó osztály ambulanciáján az ideiglenes protetizálás után 6 hónappal következhet a végleges protetizálás, ismételt ellátás keretében, majd 6-12 havonta indokolt lehet az ellenőrzés, szükség és kihordási idő szerint protézis csere végzése.

4./ A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban
SZABÁLYKÖNYV

5./ A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1./ Változást jellemző teszteredmények: Barthel, FIM, FNO, Russek skála, Aktivitási szint (kötelező), gyermekek esetében célskála alkalmazása javasolt

5.2. / Kimeneti jellemzők

Foglalkoztatás: A traumás amputáltak jelentős része munkaképes korú a sérüléskor, ezért szellemi vagy könnyebb fizikai munka esetén a korábbi munkakörbe visszatérés esélye adott, szükséges akadálymentesítés elvégzése után. Egyéb esetben munkapszichológiai vizsgálat, átképzésre irányítás szükséges lehet.

Tanulmányok: a gyermek sérültek speciális vonatkozásai megemlíthetők!

Távozás színtere: saját otthon, ritkábban, esetleg többszörös amputáció után szociális intézmény.

Önállóság szintje:

- Javult a korábbihoz képest / korábbival azonos, vagy nagyon hasonló / közepesen csökkent / sokat romlott
- Teljesen önellátó / segítséget igényel, de önálló / felügyeletet igényel / állandó ápolást igényel

7-2 Perifériás érbetegség miatti amputációt követően szükséges rehabilitáció ellátási programja

Elsődleges I-II szint, 2200 szakmakód

III szintű ellátás:

A(2) Speciális protetikai szükségletű amputáltak rehabilitációja 2200 szakmakód

Az érbetegség progresszív folyamat, különböző szerveket érinthet. Súlyos esetekben gyakran csak a végtag amputációja végezhető. A felső végtagokat a betegség ritkán érinti. A rehabilitáció során korai mobilizálás, az amputációs csonk kezelése, a protetizálás előkészítése és az amputált beteg kondíciójának javítása történik. Legfontosabb cél az amputált személy helyváltoztató képességének javítása és a járás képességének visszaállítása. Többnyire korlátozottan terhelhetők, általában lakáson belüli és korlátozott kültéri közlekedésük biztosítható. Mindennapi életvitelük folytatásához különböző mértékű segítségre lehet szükségük.

1./ A páciens állapotának jellemzése

1.1. Betegség / rendellenesség és a kialakult károsodás/ funkciózavar/ fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.3.Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **súlyos - közepesen súlyos**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás szükséglet:

1.3.1. Ápolási szükséglet: közepes vagy kicsi (napi 2-3 óra): Önellátás segítése, csonkápolás

1.3.2. Speciális szakdolgozó szükséglet: alapsomag: gyógytornász, ergoterapeuta, dietetikus, szociális munkatárs, ortopéd műszerész; **bővített csomag:** speciális protetizálási szükséglet esetén abban kellő jártassággal bíró team megléte

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: nagy

Alapbetegség miatt szükséges típusos gyógyszerek: rheológiai szerek, értágítók, szívgyógyszerek, vérnyomáscsökkentők, lipidszint csökkentők, inzulin, per os antidiabetikumok, antidepresszánsok.

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: fájdalomcsillapító, altató, vérhígító (LMWH),

1.4.2. Napi átlagos kötszer szükséglet: közepes

Alapbetegség miatt szükséges anyagok: sebpárna, mull lap, kenőcs tüll, rugalmas pólya, kötésrögzítők

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikus anyag szükséglet: közepes

Alapbetegség miatt szükséges diagnosztikus anyagok: nagyritin laborvizsgálat, vércukor és vizelet stix

Rehabilitáció során szükséges diagnosztikus anyagok: röntgen, EKG, vérnyomásmérő, vércukorszintmérő,

2./ Beteg utak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

A betegek túlnyomó részben az amputációt végző akut osztályról (többnyire sebészetről, érsebészetről) konzíliumot követően kerülnek átvételre. Más esetekben az amputált személyt otthonából, szak- vagy háziorvosi beutalással a saját rehabilitációs ambulancián keresztül kerül előjegyzésre és felvételre.

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Az amputációt követően minél korábbi – **elsőbbségi** rehabilitáció- (4 héten belüli) átvétel, a rehabilitációs program, a művégtag ellátás minél előbbi megkezdése szükséges. A korai mobilizálás a szövődmények, másodlagos károsodások (felfekvés, kontraktúra, trombózis, csonködéma, fantomfájdalom) kialakulásának megelőzésére szükséges.

3./ A rehabilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak

1.Fekvőbeteg ellátás, elsőbbségi

Alapcsomag, I. szint: a leggyakoribb ellátási forma érbeteg amputáltak esetében. Aktivitási szint típusosan: 1,2. **Tartama: 15-28 nap**

Bővített csomag, II. szint: egyedi protetikai igény, második alsó végtagon történt amputáció;

Tartama: 30-35 nap

III. Szint, speciális ellátás:

A(2) Speciális protetikai szükségletű amputáltak /dysmeliások rehabilitációja: 7-1, 7-2, 7-3 REP-eket végző ellátó, ahol több végtagot érintő major amputáció, speciális felső végtagi protetizálás történhet felnőtt vagy/és gyermekkorúak számára. Lehetséges 2200 vagy 2205 szakmakód

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: Minden egyes betegnek, akivel kapcsolatban speciális protetikai szükséglet felmerül

- kórelőzményben major amputáció kell szerepeljen alsó vagy felső végtagon vagy többes amputáció és
- a III-IV aktivitási szintbe kell tartoznia (Russek, aktivitási szint) és
- gyermek- vagy munkaképes korúnak kell lennie
- a speciális protézisnek meg kell jelennie az ellátásban
- a betegnek nyilatkoznia kell arról, hogy számára a protézis megfelelő minőségben elkészült
- az ellátónak több funkcionális teszttel bizonyítania kell, hogy a beteg számára nyújtott speciális protézissel milyen funkciójavulást lehetett elérni

Tartama: 30-35 nap

2.Járóbeteg, nappali ellátás, elsőbbségi

Egyoldali cruralis vagy az alatti amputációt követően a járás tanítása járóbeteg ellátás keretében is végezhető. Ellátási szint: II. (szakambulancia), ellátási csomag: alap vagy bővített. Tartama: 5-10 alkalom. Az ellátást célszerű a protézis elkészültét követően végezni.

Ismételt ellátás rehabilitációs céllal elsőbbségi rehabilitáció befejezését követően (Amennyiben magasabb szinten szükséges reamputáció, akkor új, elsőbbségi rehabilitációs folyamat kezdődik!)

Ismételt rehabilitáció válhat szükségessé **fekvőbetegként**, ha 1) az első ellátás során kapott protézis feltörte a csonkot, és a beteg emiatt elveszti a járáskéességét; 2) a betegség progressziója miatt reoperáció szükséges azonos szinten; 3) a gyakorlat bebizonyította, hogy az első művégtag ellátás sikertelen volt és más típusú protézisre van szükség. A felsorolt állapotok jellemzően különböző

szükségeket indukálnak. A gyakorlatban többször fordul elő, hogy ismételt művégtag ellátás kerül összekapcsolásra a verőérbetegség miatti gyógyszeres kezeléssel, fizioterápiával. Ez **programozott rehabilitációként** értelmezhető. Minden egyéb ismételt ellátást **járóbeteg nagy nappali ellátás** keretében célszerű nyújtani. Ismételt rehabilitáció esetén az első rehabilitációval azonos FNO-k kódolandók.

Jellemző	minősítő	
	fekvőbeteg	járóbeteg / nappali
1.2. állapot súlyosság a betegek 70-90 %-ára jellemzően (N/Kp/k)	közepes	enyhe
1.3.1. ápolói szükséglet	közepes/kicsi	
1.4.1. gyógyszer szükséglet	Közepes/nagy	
1.4.2. kötszer és egyéb orvostechnikai anyag szükséglet	kicsi / közepes	
1.4.3. diagnosztikai anyag szükséglet	kicsi / közepes	
3.1. ellátási csomag (alap/bővített)	alap/bővített	alap
3.2. ellátási szint (I/II/III)	I,II,III.	II
3.4. ellátás várható tartama (től – ig)	20-25 nap	NK: 2-3 hét, JB: 15-20 alkalom
Ismételt rehabilitáció várható tartama az első évben (hét/1. év)	mivel a betegség progressziója miatt inkább másik végtag, vagy azonos végtag magasabb szintű amputációja várható, ez nem jellemző	
Ismételt rehabilitáció várható tartama a második évben (hét/2. év)		
jellemző betegutak	1.háziorvos	
	2.szakrendelés	
	3.rehabilitációs ambulancia	

Amennyiben az otthoni élet tapasztalatai alapján az derült ki, hogy csak kerekesszéssel látható el az amputált személy, akkor az esetenként szükségessé váló fekvőbeteg ellátás időtartama, szükségletei jelentősen eltérnek az alább leírtaktól. Ilyenkor esetenként, elsősorban az alapbetegség más szervrendszereket (szív-, agyi erek) érintő jellege, esetleg az amputált végtagok száma miatt fekvőbeteg rehabilitáció válhat szükségessé a kerekesszék használatának megtanítása céljából. Erre a ritka esetre az alábbiak vonatkoznak:

Jellemző	Minősítő
1.2. állapot súlyosság (N/Kp/k)	kicsi
1.3.1. ápolói szükséglet (N/Kp/k)	kicsi
1.4.1. gyógyszer szükséglet (N/Kp/k)	kicsi / közepes
1.4.2. kötszer és egyéb orvostechnikai anyag szükséglet (N/Kp/k)	kicsi

1.4.3. diagnosztikai anyag szükséglet (N/Kp/k)	kicsi
3.1. ellátási csomag (alap/bővített)	alap
3.2. ellátási szint (I/II/III)	I/II
3.3. ellátás helyszíne (fekvőbeteg/NK/járóbeteg)	fekvő / NE (ahol a korábbi ellátás történt)
3.4. ellátás várható tartama (től – ig)	3-10 nap
Ismételt rehabilitáció várható tartama az első évben (hét/1. év)	1 hét / év
Ismételt rehabilitáció várható tartama a második évben (hét/2. év)	nem jellemző
jellemző betegutak	1. háziorvos-szakorvos-osztály
	2. osztály szakambulanciája-osztály
	3. szakorvos-osztály

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségletről) milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl?

A rehabilitációs programot követően általában nincsen szükség gyakori rehabilitációs kontrollra, inkább az alapbetegség rendszeres ellenőrzése a fontos. Ideiglenes művégtag ellátás után 2-3 hónappal, végleges ellátás után pedig félévente, évente elegendő ellenőrizni a páciens általános állapotát, a csonkot és a művégtagot. Szükséges lehet új protézis felírása és elkészítése, esetlegesen a protézis típusának megváltoztatása, a mobilitási képesség fejlesztése.

4. / A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5./ A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1. Változást jellemző teszteredmények: FNO, FIM, Barthel-index, Russek skála, Aktivitási szint (II-III szinten kötelező, I. szinten opcionális)

5.2. Kimeneti jellemzők

Korábbi életvitelüket az esetek döntő többségében folytatni már nem képesek, terhelhetőségük és mobilitásuk is korlátozott, mindennapi élettevékenységeik folytatásához majdnem minden esetben segítséget igényelnek.

Jellemzők: Távozás színtere, Önállóság szintje

7-3 a és b. Dysmelia okozta végtaghiány ill. rendellenesség következtében kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja (7-3 a: alsóvégtagi, 7-3 b: felsővégtagi)

Elsődleges II szint 2200 szakmakód (felnőtt) vagy I szint 2205 szakmakód (gyermek)

III. szintű ellátás:

A(2) Speciális protetikai szükségletű amputáltak /dysmeliások rehabilitációja: 2205 szakmakód

A dysmelia veleszületett, részleges vagy teljes végtaghiány, amely gyakran egyéb végtag deformitásokkal kombinálódik. Alsóvégtag hiánya (7-3.a) a járás, testhelyzet változtatás, a felsőé (7-3 b) a manipuláció, önellátás, írás és munkatevékenységek végrehajtását akadályozza. Többszörös végtaghiányok esetében a zavarok nem egyszerűen összeadódnak, sokszorozódhatnak is.

1./ A páciensek állapotának jellemzése.

1.1. Rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.3.Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **közepesen súlyos**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humánerőforrás szükséglet

1.3.1. Ápolói szükséglet: közepes. Az ápolási szükségletet elsősorban az életkor, kevésbé a fogyatékoság befolyásolja, kivéve a ritkább, többszörös végtaghiányos eseteket, társuló más szervi fejlődési rendellenességet.

1.3.2. Speciális szakdolgozó szükséglet

Alapcsomag: gyógytornász, ergoterapeuta, heti 1-2 napon pszichológus, dietetikus és szociális munkatárs, ortopédiai, radiológiai, gyermek kardiológiai konzílium sz. e.

Bővített: pszichológus / klinikai szakpszichológus napi szinten, sportterápiát és víz alatti tornát

végző szakember (gyógytestnevelő), hosszabb bent tartózkodás esetén pedagógus

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer-szükséglet: kicsi

Sem az alapbetegség, sem a társuló fejlődési rendellenességek jellemzően nem gyógyszerigényesek – kivétel, ha olyan társuló rendellenesség van, ami miatt gyógyszer szükséges pl. epilepszia

1.4.2. kötszer- egyéb orvosi anyag szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt nem szükséges: kivéve korrekciós műtét és ideiglenes művégtag ritka esetét, ilyenkor közepes lehet

Rehabilitáció során szükséges anyagok: kötszer, csonkharisnya, életkor függően pelenka

1.4.3. diagnosztikai anyag szükséglet: kicsi

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

gyermek háziorvos, mozgásszervi alapszakma (leggyakrabban ortopédia) szakorvosa, háziorvos, beutalóval

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Programozható, amely figyelembe veszi az egyéni mozgásfejlődést, az első ellátás (általában kisdedkorban), szülővel együtt, esetleges korrekciós műtét miatt is osztályos, azután ambuláns – az időzítésben további szempont, hogy az esetleg szükséges korrekciós műtéteket, amennyiben orvosi ellenjavallata nincs, úgy kell ütemezni, hogy a rehabilitáció az iskolás kor kezdetére befejeződjön.

3. / A rehabilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak leírása

1. Fekvőbeteg ellátás (esetleg nappali ellátás), programozható.

Első protetikai-ortetikai ellátáskor a fekvő vagy esetleg ahol erre lehetőség van és a család a napi bejárást (akár szállító szolgálat segítségével) meg tudja oldani, akkor nappali ellátás szükséges a folyamat időigényessége és számos próba szükségessége miatt

Bővített csomag, II. szinten ha rendszerbetegség, súlyos, többszörös végtagi rendellenesség áll fenn;

Tartama: 15-30 nap

Speciális csomag, III. szinten

A(2): Speciális protetikai szükségletű amputáltak /dysmeliások rehabilitációja: 7-1, 7-2, 7-3 REP-eket végző ellátó, ahol több végtagot érintő major amputáció, speciális felső végtagi protetizálás történhet felnőtt vagy/és gyermekkorúak számára. Lehetséges 2200 vagy 2205 szakmakód

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: Minden egyes betegnek, akivel kapcsolatban speciális protetikai szükséglet felmerül

- kórelőzményben major amputáció kell szerepeljen alsó vagy felső végtagon vagy többes amputáció és
- a III-IV aktivitási szintbe kell tartoznia (Russek, aktivitási szint) és
- gyermek- vagy munkaképes korúnak kell lennie
- a speciális protézisnek meg kell jelennie az ellátásban
- a betegnek nyilatkoznia kell arról, hogy számára a protézis megfelelő minőségben elkészült
- az ellátónak több funkcionális teszttel bizonyítania kell, hogy a beteg számára nyújtott speciális protézissel milyen funkciójavulást lehetett elérni

Tartama: 30-45 nap

2. Járóbeteg, nappali ellátás, programozható.

Első ellátás nappali ellátásban vagy szakambulancián is megoldható, ha erre van lehetőség (közlekedés, férőhely). Ismételt ellátás nem speciális protetikai igénnyel szakambulancián célszerű.

Tartama: 5-10 alkalom.

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségletről) milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl?

További REP-ek: korrekciós céllal (alsóvégtagon) amputáció és rehabilitáció (7). **Ellátási szint: I.** a növekedéstől és a mozgásfejlődéstől függően kb. 6 havonta

Hány hónapon belül várható /javasolt /szükségesnek tartott kapcsolódó ellátás: felülvizsgálat, sz. e. protéziscsere, gyógytorna, ergoterápia (Q71 esetében)

4./ A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott

betegcsoportban
SZABÁLYKÖNYV

5./ A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1 Változást jellemző teszteredmények FNO, Barthel, FIM, Aktivitási szint (kötelező) Q72 esetében (és életkor függvényében) Russek skála, FIM motoros funkciók serdülő kortól, egyébként (hazai, validált, életkor specifikus tesztek hiányában) a fejlődés összevetése a korspecifikus jellemzőkkel (opcionális, II-III szinten kötelező). gyermekek esetében célskála alkalmazása javasolt

5.2. Kimeneti jellemzők a felmért funkciók mellett a művégtag rendszeres használatának aránya az ellátottak körében, időtartama, célterületei (pl. önellátásban), önellátás szintje, bekapcsolódás óvodába, iskolába, az integrált oktatásban résztvevők aránya (nemcsak a rehabilitáció eredményességétől, hanem helyi adottságoktól is függ), későbbi életkorban dolgozók/leszállékoltak aránya.

8-1 Égés, maródás, fagyás és egyéb hegesedés következtében kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja

Ellátás: 2208 szakmakódú osztályon III. szinten (felnőtt) és 2209 szakmakódú osztályon (gyermek)
Meghatározott esetekben A(1) 2200 szakmakód, 2205 szakmakódú osztályon gyermekeknél III szinten.

A testfelület nagy részét érintő vagy jelentős súlyosságú és szövődményekkel járó égést, fagyást, maródást és egyes bőrbetegségeket követő állapotok tartoznak ide. A rehabilitációs szükségletek jellemzően a kontraktúrákkal és következményes önellátási funkciózavarokkal (öltözés, járás, kézhasználat), a fájdalommal és viszketéssel, végtagcsonkolás esetén a protézis-epitézis ellátással és a funkciók újratanulásával, továbbá a testi funkciók zavarát kísérő pszichés zavarokkal, esztétikai hátrányokkal és/vagy testtömeg veszteséssel vannak összefüggésben. Gyermekek esetében a mozgásfejlődés zavarát okozhatja a végtagokat ért sérülés.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Baleset / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása **SZABÁLYKÖNYV**

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **extrém súlyos /súlyos** **SZABÁLYKÖNYV**

1.3. Humánerőforrás szükséglet

1.3.1.Ápolói szükséglet: nagy: napi ápolási szükséglet: 5 óra; speciális ápolási szükséglet: steril / fürdetőágyon történő kötözések

1.3.2.Specifikus szakdolgozói szükséglet

bővített csomag: gyógytornász, ergoterapeuta, szociális munkatárs, pszichológus, gyermekek esetében klinikai gyermek szakpszichológus és gyógypedagógus vagy pedagógus (életkor és képességek függvénye), masszőr, fizioterápiás szakasszisztens, dietetikus + az alábbiak közül az égés stádiuma és típusa szerint: hydroterápiában jártas munkatárs, zeneterapeuta vagy egyéb kreatív terápiás szakember, gyógyfoglalkoztató, légzésfunkciós szakasszisztens, ortetikai műszerész heti szinten elérhető

1.4. Fogóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: fájdalomcsillapítók, viszketést csökkentő gyógyszerek, felületi bőrpuhítók, antibiotikumok, bronchodilatátorok, nyákoldók, thrombosis profilaxis; fehérje- és energiadús tápszerek

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: izomlazítók?, antidepresszánsok, hangulatjavítók

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: nagy

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: kötszerek az égés stádiumától függően, gyakori lepedőcsere, antidecubitus alátétek, speciális alátétek az antidecubitus matraca; egyedi ortézisek

Rehabilitáció során szükséges anyagok: levegő párasítás, gyakori fürdetés mosdatás, pelenka

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: gyulladásos paraméterek ellenőrzése, légzésfunkció

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: rtg felvételek

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

égésosztályról vagy egyéb intenzív osztályról, sebészetről (maródás, fagyás) közvetlenül; ismételt felvétel otthonról is történhet

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

jellemzően **elsőbbségi** rehabilitáció

3./ A rehabilitációs ellátóhelyre vonatkozó kívánalmak leírása

1. Fekvőbeteg ellátás, elsőbbségi

Bővített csomag, III. szint kiemelt ellátás 2208 (felnőtt) vagy 2209 (gyermek) extrém súlyos, súlyos égéskor és III. szint közepes égéskor. Tartama: 30-150 nap

Ellátás 2200 vagy 2205 szakmakódú osztályon:

A(1) Kiemelt ellátási szükségletű betegek ismételt (programozható) és kivételesen elsőbbségi rehabilitációja, ha területileg kötelezett kiemelt ellátó helyhiány miatt átmenetileg nem tudja fogadni. 2200 vagy 2205 szakmakód:

2. Járóbeteg, nappali ellátás: csak ismételt ellátás esetén vagy az enyhe esetekben jön szóba olyan ellátó szakambulanciáján (**II. szint**), ahol fekvőbetegek égettekkel is foglalkoznak (ld. táblázat)

Ismételt felvétel rehabilitációs céllal elsőbbségi rehabilitáció befejezését követően

Égés, fagyás, maródás vagy egyes bőrbetegségek következtében kialakult bőrelváltozások, kontraktúrák, fájdalom, pszichés tünetek, esetleg csonkolás miatti elsőbbségi rehabilitáció befejezte után szükség lehet ismételt rehabilitációra, amennyiben: rekonstrukciós / plasztikai műtétet kell előkészíteni ill. azt követően a mobilizálás miatt szükséges; amennyiben az idők folyamán másodlagos keloid / kontraktúrát vagy fájdalmat okozó hegek alakulnak ki, vagy egyéb korábban nem észlelt vagy kismért funkciózavarok válnak súlyossá; a munkába visszaálláshoz szükséges testi és pszichikai felkészítésre is szükség lehet (utóbbi inkább ambuláns formában) vagy későbbi szövődmény – főként kontraktúra, fájdalom vagy légzészavar, végtag vagy egyéb testrész csonkolás/ elvesztés esetén protézis/epitézissel való ellátás miatt szükséges újabb rehabilitáció. (Gyermekek a növekedés befejeződéséig több alkalommal is plasztikai beavatkozásra szorulnak)

FNO "b" (5 kötelezően kódolandó)	FNO "d" (5 kötelezően kódolandó)
b840 bőrrel kapcsolatos érzetek	d240 (stressz és más pszichés terhek kezelése)
b280 (fájdalomérzet)	d845 állás megszerzése és megtartás
b710 (ízületi mobilitás)	d620 áruk beszerzése
b730 (izomerő)	d445 (kéz- és karhasználat)
b134 (alvásfunkciók)	d440 (finom kézmozdulatok)

Kiegészítő FNO-k: b130 energia és indíték funkciók b270 hőmérséklet és egyéb ingerek érzékelési funkciói b740 izom állóképesség b260 Proprioceptív funkció	Kiegészítő FNO-k: d820 iskolai oktatás (gyermekkorban) d870 gazdasági önállóság d910 közösségi élet d920 rekreáció és pihenés d770 Intim kapcsolatok	
	fekvőbeteg	járóbeteg / nappali
1.2. állapotsúlyosság a betegek 70-90 %-ára jellemzően (N/Kp/k)	közepes	enyhe
1.3.1. ápolói szükséglet	közepes	
1.4.1. gyógyszer szükséglet	kicsi	
1.4.2. kötszer és egyéb orvostechnikai anyag szükséglet	nagy/kp	
1.4.3. diagnosztikai anyag szükséglet	kicsi	
3.1. ellátási csomag (alap/bővített)	alap/bővített	alap
3.2. ellátási szint (I/II/III)	II,III.	II
3.4. ellátás várható tartama (től – ig)	15-90 nap	NE: 2-3 hét, JB: 20-50 alkalom
Ismételt rehabilitáció várható tartama az első évben (hét/1. év)	az ismételt rekonstrukciós / pótló / kontraktúra oldó műtétektől függ 3-4 hét / 1. év	2
Ismételt rehabilitáció várható tartama a második évben (hét/2. év)		2
jellemző betegutak	1.égés ambulancia/ osztály	
	2.rehabilitációs ambulancia	

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségleteiről) milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl?

12 hónapon belül várható /javasolt /szükségesnek tartott kapcsolódó ellátás: (karbantartás) rekondicionálás – pszichés okok, fájdalom elkerülés vagy ízületi kontraktúra megelőzés miatt, további hegkezelés;

Lehetséges egyéb REP-ek: **általában járóbeteg (II.szint), vagy fekvőbeteg (II, III szint):** kéz funkció zavarok (3-1) / fájdalom (4-3) / légzésterápia (17-3/ immobilitás (12.), elkülönítési szükséglet (13.) és bármelyik ambuláns program: 19 (sexuális zavarok miatt), 25 (munkába állás nehézségei miatt), illetve ambuláns formában protézis / epithesis ellátás kontrollja csonkoló égést követően.

4./ A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5./ A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1. Változást jellemző teszteredmények ROM, VAS, FIM, Barthel, FNO (kötelező); gyermekek esetében célszerű alkalmazása javasolt A funkcionális tesztek "G" és "H" csoportjából 1-1 teszt gyermekek esetében.

5.2. Kimeneti jellemzők: Foglalkoztatás: távozáskor nyilatkozni kell arról, hogy az égés / maródás / fagyás bekövetkezte előtti munkahely alkalmas-e / kell-e valamilyen átalakítás az alkalmassá tételhez a munkába visszatérés céljára; Oktatás: gyermekek esetében az oktatásba visszatérés időpontja / körülményei; felnőttek esetében az átképzési szükséglet; Szociális szükséglet: ha nem térhet vissza otthonába az ellátási helyszín és egyéb szociális juttatások.

8-2 Lymphoedema következtében kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja

Elsődleges II szint 2200 szakmakód

III. szintű ellátás A(6) meghatározott esetekben 2200 szakmakódon

A peripheriás nyirokrendszer (nyirokér és/vagy nyirokcsomók) veleszületett (elsődleges) vagy szerzett (másodlagos) károsodása, melynek során a végtagokban/törzsön/arcon felgyűlt fehérje- és zsírdús nyirokfolyadék következtében a végtagok/törzs/arc megduzzadnak. A mozgások az oedema miatt korlátozottá válnak, jellegzetesen önellátási (öltözködés, mosdás, kézhasználat) és helyválttatási nehézséget okozhatnak. Fájdalom is kialakulhat a locoregionális nyirokcsomó tumorszövet általi kompressziója, a másodlagos mozgásszervi elváltozások, esetleg az ízületi- és ínkontraktúrák kialakulásának következtében. Az esetek egy részében lokális infekciók, speciális bőrtünetek, sebek is kialakulhatnak, melyek további rehabilitációs szükségletet jelentenek.

A rehabilitáció célja a kintrekedt nyirokfolyadék aktív és passzív kezelésekkkel való visszaterelése (nyirokdrenázs, kompressziós pólya) a keringésbe, a szükséges rehabilitációs segédeszközökkel ellátás, fizioterápia, pszichés támogatás, bőrhigiéne és sebkezelés tanítása, diétás oktatás

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség / baleset / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **közepesen súlyos / enyhe**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humánerőforrás

1.3.1.Ápolói szükséglet: közepes vagy kicsi: önellátás segítése, bőrápolás és annak tanítása, sebápolás

1.3.2.Specifikus szakdolgozói szükséglet: bővített csomag: a speciális nyirokdrenázs és a kompressziós pólya alkalmazásában jártas gyógytornász és szakasszisztens esetleg gyógymasszőr, ergoterapeuta, dietetikus, pszichológus, szociális munkás, seb-, és bőrkezelésben jártas szakápoló, fizioterápiás szakasszisztens

1.4. Fogyóanyag szükséglet:

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: nagy

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: értágítók, vénás keringésre ható szerek, szívgyógyszerek, vérnyomáscsökkentők, lipidszint csökkentők, inzulin, per os antidiabetikumok, antidepresszánsok, antibiotikumok, gomba ellenes szerek, kemoterápiás szerek

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: fájdalom csillapítók, non-steroid gyulladáscsökkentők, altató, vérhígító

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechikai anyag szükséglet: közepes-kicsi

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: rövid megnyúlású kompressziós pólyák

végtagonként 5 db, sebek, nyirokfolyás esetén sebfedők, nedvszívók

Rehabilitáció során szükséges anyagok: rövid megnyúlású kompressziós pólyák, speciális bőrápoló szerek (fertőtlenítő oldat, krémek), sebkötöző anyagok, bandázs

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: laborvizsgálat, mikrobiológiai vizsgálat

Rehabilitáció során szükséges diagnosztikus anyagok: röntgen, EKG, vérnyomásmérő, vércukorszintmérő

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

házi orvos – rehabilitációs szakambulancia – rehabilitációs osztály/nappali kórház/szakambulancia

bőrgyógyászati osztály – rehabilitációs ambulancia -osztály/nappali kórház/szakambulancia
érsebészeti/angiológiai szakrendelés - rehabilitációs ambulancia - osztály/nappali kórház/szakambulancia

onkológiai osztály/rendelés - rehabilitációs ambulancia - osztály/nappali kórház/szakambulancia

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Többségében **programozható** rehabilitáció, de daganatos betegségekben előre sorolandó, előfordul sürgős felvétel is, súlyos nyirokødema esetén (pl. nyirokcsorgás, súlyos sebek) és ha az ødémamentesítés elmaradása az állapotot súlyosbítja

3./ A rehabilitációs ellátóhelyre vonatkozó kívánalmak leírása

1.Fekvőbeteg ellátás, programozható

Bővített csomag, II szint: III-IV stádiumban. **Tartama:** III.stádium: **21-28** nap, IV.stádium: **28-35** nap

Speciális ellátás III. szinten:

A(6): Lymphoedemas betegek súlyos esetei, akiknél polymorbiditás áll fenn, 2200 szakmakód.

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: Súlyos állapotúnak tekinthető az a beteg,

- akinél a lymphoedema III vagy IV. stádiuma áll fenn és
- akinek egyéb fogyatékosága is van, amivel a rehabilitáció során szintén foglalkozni szükséges (pontos FNO leírás) és
- akinek több olyan társbetegsége van, ami miatt az ellátást fekvőbeteg formában szükséges nyújtani számára
- a beteg távoli lakhelye miatt ambulánsan a kezelést nem tudja igénybe venni és a lakóterületén nincs a számára szükséges ellátás
- a beteg rehabilitációra alkalmas állapotban, azaz terhelhető és eredmény várható az ellátástól
- a betegnél reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- a beteg valóban elérte a rehabilitáció során a kitűzött célokat

Tartama: 35-45 nap

2. Járóbeteg, nappali ellátás, programozható:

Bővített csomag II. szinten (szakambulancián) olyan ellátóhelyen, ahol fekvőbeteg ellátást is tudnak

e programban nyújtani. **Tartama: I. és II. stádium: 14 nap**

Folytatólagos ambuláns ellátásban: Lehetséges REP-ek: 3-1 felsővégtagi funkció zavarok, 4-3 Izületi és gerinc fájdalom, 4.4 Neuropáthiás fájdalom, 5.2 Degeneratív reuma, 6.3 Diabeteses láb szövődményei; **Ellátás: általában járóbeteg II. szint (szakambulancia), ha az alap / kísérő betegségek miatt fekvőbeteg ellátás szükséges, akkor I. szint (alapcsomag)**

Gondozás (I-II. stádiumban 6 havonta, III-IV. stádiumban 4-6 havonta) az alapellátásban illetve szakrendelésen, újabb rehabilitációs program relapsus esetén.

4. / A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban:

SZABÁLYKÖNYV

5./ A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1. Változást jellemző teszteredmények: végtag térfogat vagy körfogat változása, FNO, FIM, Barthel (kötelező), HAQ, ROM, VAS, TUG, 3 p járásteszt (opcionális, de II-III szinten egy kötelező)

5.2./ Kimeneti jellemzők: 5.2.1. kompressziós pólya alkalmazásának képessége, a tornák elsajátítása (ha erre önállóan nem képes, a hozzátartozó/ otthonápolási dolgozó betanítása).

5.2.2. Keresőképes korúak esetén a munkába visszaállás, foglalkoztatás esélye I-II. stádiumban megvan, többnyire átképzés után más munkakörben, ritkábban az eredeti munkakörben foglalkoztathatók. A munkaképes korúak esetében az eredeti foglalkozás ismeretében szükség lehet foglalkozási rehabilitációra.

9-1.M.Multitraumakövetkeztében kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja

2200 szakmakód (felnőtt) , I-II szint, 2205 szakmakód (gyermek)

Több régiót érintő, életet nem veszélyeztető sérülések utáni állapotokban szükséges rehabilitációs tennivalók összefoglalása.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Baleset és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **súlyos/ közepes/multitraumások** esetén/

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás

1.3.1. Ápolási szükséglet: nagy-közepes

1.3.2. Specifikus szakdolgozói szükséglet **Bővített csomag.** gyógytornász, kötözős nővér (antidecub. ellátás és sebkezelés, tracheostoma-ellátás), szociális munkatárs, ergoterapeuta, sportterápiát végző és/vagy hydrotherápiát is végző fizioterápiás szakasszisztens, pszichológus, egyéb szakember pl. gyógytestnevelő; munkapszichológus; ortopéd műszerész elérhetősége a hét minden napján

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: nagy-közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges gyógyszerek + pszichiátriai szerek (pszichiátr. bet., suicidium), infúziók, valamint az átvételkor meglevő vagy később jelentkező szövődmények kezeléséhez szükséges gyógyszerek (vaskészítmény antibiotikumok).

Rehabilitáció alatt szükséges gyógyszerek: LMWH, fájdalomcsillapítók, izomlazítók, antidepresszánsok,

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: nagy

Alapbetegség(ek), a sérülés jellege és a szövődmények miatt gyakran szükséges: sebkezeléshez szükséges eszközök, kötszerek, fertőtlenítő szerek, védőruházat, infúziós szerelék, fecskendők, tűk, pelenka, katéter, ergoterápiás eszközök

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: nagy/közepes

Alapbetegség megítéléséhez: labor: vérc. (ill. tesztcsík) INR, CRP, We., Katéter, EKG. bakteriológia (sebváladék, vizelet) Ergometria

Rehabilitációs alatt szükséges:: rtg (natív, sipolytöltés) UH (ízületi, hasi, érUH, UH-osretenció mérés)/elérhető CT, MRI, EMG-ENG/

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

Intenzív osztályról és baleseti sebészetről közvetlenül; /ritkán más típusú aktív osztályon tartózkodás, vagy rövid otthoni ápolás után/ közvetetten ismételt felvétel otthonról, ambulanciáról is történhet

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Jellemzően korai **elsőbbségi** rehabilitáció, ritkán programozható (az utóbbi általában késői szövődmény vagy tervezett sebészeti beavatkozást követően és ismételt felvétel

3./ A rehabilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak leírása

Fekvőbeteg ellátás, elsőbbségi

Bővített csomag, II. szint; Tartama: 21-40 nap

Ismételt ellátás – csaknem kizárólag fekvőbeteg felvétel rehabilitációs céllal (elsőbbségi rehabilitáció befejezését követően) - ez gyakran szintén elsőbbségi folytatásként, ritkábban programozható

Ismételt rehabilitáció válhat szükségessé, ha a primer traumatológiai ellátás és elsőbbségi rehabilitáció után, ha :

- konzervatív kezeléssel nem oldható, súlyos kontraktúra miatt műtét, vagy altatásban bemozgatás történt - **programozható**
- a törésgyógyulás elhúzódása vagy elégtelensége (álízület kialakulása) miatt spongiosaplastica vagy reosteosynthesis, válik szükségessé – nem programozható műtét esetén **ismételt elsőbbségi**, egyébként **programozható**
- a törésgyógyulás során jelentős végtagi tengelyeltérés, csont nekrosis vagy ízületi arthrosis alakult ki, és korrekciós osteotomia vagy endoprotézis beültetés válik szükségessé – nem programozható műtét esetén **ismételt elsőbbségi**, egyébként **programozható**
- konzervatíván sikertelenül kezelt szalagsérülés következtében krónikus instabilitás vagy éppen (különböző okokból) kontraktúra alakult ki, és szalagplasztika vagy arthrolysis válik szükségessé – postoperatív szakban **elsőbbségi**
- a perifériás ideg vagy plexus sérülése nem mutat javulást, és idegtranszplantáció vagy funkcionális rekonstrukciós műtét (izom-ín transzfer) válik szükségessé – ez esetben a 3.1-es REP-behan jelenik meg; ha a többi sérüléssel szemben ez uralja a képet – nem programozható műtét esetén **ismételt elsőbbségi**, egyébként **programozható**
- olyan csont- és/vagy lágyrész defektus marad vissza, illetve konzervatív módon nem gyógyuló decubitus alakul ki, ami miatt major plasztikai beavatkozás (csont szegment transzport, myocutan vagy kompozit lebeny, esetleg mikrovaskuláris módszerrel) válik szükségessé. – ez ebben a betegcsoportban igen ritka – postoperatív szakban **elsőbbségi**
- ha a beteg kezelését valamilyen oknál fogva (tervezett, vagy nem tervezett műtét, pszichés állapot, belgyógyászati problémákstb) a kezelés befejezése előtt meg kellett szakítani

Ismételt felvétel esetén kódolandó FNO-k az elsőbbségénél megadottal megegyeznek.

Jellemző	Minősítő
1.2. állapotsúlyosság(N/Kp/k)	közepes/kicsi
1.3.1. ápolói szükséglet (N/Kp/k)	közepes/kicsi
1.4.1. gyógyszer szükséglet (N/Kp/k)	közepes/ kicsi
1.4.2. kötszer és egyéb orvostechnikai anyag szükséglet	közepes/kicsi elsősorban a kültakarón végzett plasztikai műtétek,

(N/Kp/k)	szeptikus szövődmények után lehet nagyobb
1.4.3. diagnosztikai anyag szükséglet (N/Kp/k)	kicsi a műtétek után ismételt rehabilitációs felvétel során rutin labor, röntgen és UH diagnosztika (nekrózis esetén MR követés)
3.1. ellátási csomag (alap/bővített)	bővített csomag (sporterápiára mindig, contractura nyújtásra többnyire, ergometriára, egyedi segédeszközellátásra, spec.antidecub. eszközökre esetenként ismételt felvételkor is szükség van)
3.2. ellátási szint (I/II/III)	II
3.3. ellátás helyszíne (fekvőbeteg/NK/járóbeteg)	fekvő, nappali kórház, esetleg ambuláns is lehet ismételt ellátásban* , ezt jelentős mértékben befolyásolhatja pl., hogy felső vagy alsó végtagi korrekció történt
3.4. ellátás várható tartama (től – ig)	21--40 nap
Ismételt rehabilitáció várható tartama az első évben (hét/1. év)	3-6 hét a fenti esetek többségében (egyszerű szalagplasztika, endoprotézis beültetés) elégséges, plexus vagy komplikált defektus pótlás után, eszközváltások (gipsz, ortézis, korzett elhagyás, eszköz használat betanítása, kialakult kontraktúrák és izomatrófiák kezelése) 3-6 hónap is lehet
Ismételt rehabilitáció várható tartama a második évben (hét/2. év)	3-6 hét a fenti beavatkozások jelentős része történhet a második vagy további poszttraumás évben (tengelykorrekció, endoprotézis beültetés, rekonstrukciós műtétek)
jellemző betegutak	1.traumatológiai (ortopédiai) osztály→rehabilitációs osztály
	2.rehabilitációs osztály szakambulanciája→rehabilitációs osztály

**akkor végezhető ismételt rehabilitáció szakambulancián vagy nappali ellátásban (mindkét esetben az adott ellátást fekvőbeteg formában is végző osztály mellett működő NE / JB), ha a beteg (gyermek) közlekedése megoldható, vagy a szállítást naponta igénybe tudja venni.*

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségletéről)

milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl? Egyéb REP-ek: kéz funkció zavarok (3.1, 3.2) / fájdalom (4.3) / amput. (7.1-3); Ellátási szint: a programok szerint. **12hónapon belül várható kapcsolódó ellátás:** fájdalom szindróma kialakulása, vagy ízületi contractura, izomatrófia megelőzés, kondicionálás, pszichoth., esetleges protézisizálás folytatása.

4./ A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5. / A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1. Változást jellemző teszteredmények: FNO, FIM, Barthel (kötelező), ROM, izomerő, VAS (opcionális, ebből egy kötelező) Gyermekek esetében célskála alkalmazása javasolt.

5.2. Kimeneti jellemző

Munkaképes korúak - foglalkozási rehabilitáció megkezdése, ill. id. leszázalékolás megindítása.

Tanulók esetén munkaképességi vizsgálatok alapján esetleges pályamódosítási javaslat, iskola módosítás.

Nem munkaképes, ill. időskorúak – szociális gondozás, ill. háziápolás megszervezése, vagy elhelyezés kezdeményezése.

ÖNELLÁTÁS: Mobilitási és önellátást segítő eszközökkel a sérült személyére nézve önellátó

9-1. P. Polytrauma következtében kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja

III. szintű ellátás. Elsődleges ellátás: 2208 szakmakódú osztály (felnőtt) vagy 2209 szakmakódú osztály (gyermek) vagy

A(1) speciális programra jogosult 2200 szakmakódú osztály (felnőtt), 2205 szakmakódú osztály (gyermek)

Több régiót érintő, közöttük életet veszélyeztető sérülések utáni állapot. A rehabilitációs célok a trauma okozta funkció kiesések ill. fogyatékoság természetéből adódnak. Domináló Agyi illetve / és gerincvelő sérülés esetén a 14. illetve a 15. REP-ekben leírtak az irányadók. Enyhe agy- ill. gerincvelő sérülés előfordulhat, amely a polytrauma részeként nehezíti a rehabilitáció folyamatát.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Baleset és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **extrém súlyos / súlyos**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás

1.3.1. Ápolási szükséglet: nagy

1.3.2. Specifikus szakdolgozói szükséglet **Bővített csomag.** gyógytornász, kötözős nővér (antidecub. ellátás és sebkezelés, trachestoma ellátás), szociális munkatárs, ergoterapeuta, sportterápiát végző és/vagy hydroterápiát is végző fizioterápiás szakasszisztens, dietetikus, pszichológus, egyéb szakember pl: fizioterápiás szakasszisztens, gyógymasszőr, gyógytestnevelő, neuropszichológus; munkapszichológus, ortopéd műszerész elérhetősége a hét minden munkanapján

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: nagy

Alapbetegség(ek) miatt szükséges gyógyszerek + pszichiátriai szerek (pszichiátr. bet., suicidium), infúziók, valamint az átvételkor meglevő vagy később jelentkező szövődmények kezeléséhez szükséges gyógyszerek (vaskészítmény antibiotikumok).

Rehabilitáció alatt szükséges gyógyszerek: LMWH, fájdalomcsillapítók, izomlazítók, antidepresszánsok,

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: nagy

Alapbetegség(ek), a sérülés jellege és a szövődmények miatt gyakran szükséges: sebkezeléshez szükséges eszközök, kötszerek, fertőtlenítő szerek, trachea kanül, tápszonda, védőruházat, infúziós szerelék, fecskendők, tűk, pelenka, katéter, ergoterápiás eszközök

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: nagy/közepes

Alapbetegség megítéléséhez: labor: vérc. (ill. tesztcsík) INR, CRP, We., Katéter, EKG. bakteriológia (sebváladék, vizelet) Ergometria

Rehabilitációs alatt szükséges: rtg (natív, sipolytöltés) UH (ízületi, hasi, érUH, UH-osretenció mérés)/elérhető CT, MRI, EMG-ENG, /, urodynamia

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

Intenzív osztályról és baleseti sebészetről közvetlenül; / ritkán más típusú aktív osztályon tartózkodás, vagy rövid otthoni ápolás után/ közvetetten ismételt felvétel otthonról, ambulanciáról is történhet

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Jellemzően korai **elsőbbségi** rehabilitáció, ritkán programozható (az utóbbi általában nagyon hosszúra nyúló rehabilitációs ellátás esetén, ill. késői szövődmény vagy tervezett sebészeti beavatkozást követően és ismételt felvétel

3./ A rehabilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak leírása

Fekvőbeteg ellátás, elsőbbségi

Bővített csomag, III szint (szakmakód: 2208, felnőtt és 2209 gyermek); Tartama: 30-90 nap;

2200 vagy 2205 szakmakód, III. szint A(1) Kiemelt ellátási szükségletű betegek ismételt (programozható) és kivételesen elsőbbségi rehabilitációja, ha területileg kötelezett kiemelt ellátó helyhiány miatt átmenetileg nem tudja fogadni.

Ismételt ellátás – csaknem kizárólag fekvőbeteg felvétel rehabilitációs céllal (elsőbbségi rehabilitáció befejezését követően) - ez gyakran szintén elsőbbségi, ritkábban programozható

Ismételt rehabilitáció válhat szükségessé, ha a primer traumatológiai ellátás és elsőbbségi rehabilitáció után, ha :

- konzervatív kezeléssel nem oldható, súlyos kontraktúra miatt műtét, vagy altatásban bemozgatás történt - **programozható**
- a törésgyógyulás elhúzódása vagy elégtelensége (álízület kialakulása) miatt spongiosaplastica vagy reosteosynthesis, válik szükségessé – nem programozható műtét esetén **ismételt elsőbbségi, (folytatásként)** egyébként **programozható**
- a törésgyógyulás során jelentős végtagi tengelyeltérés, csont nekrozis vagy ízületi arthrosis alakult ki, és korrekciós osteotomia vagy endoprotézis beültetés válik szükségessé – nem programozható műtét esetén **ismételt elsőbbségi, egyébként programozható**
- a polytraumatizáció mellett ellátatlanul maradt illetve konzervatív módon sikertelenül kezelt szalagsérülés következtében krónikus instabilitás vagy éppen (különböző okokból) kontraktúra alakult ki, és szalagplasztika vagy arthrolysis válik szükségessé – postoperatív szakban **elsőbbségi**
- a perifériás ideg vagy plexus sérülése nem mutat javulást, és idegtranszplantáció vagy funkcionális rekonstrukciós műtét (izom-ín transzfer) válik szükségessé – ez esetben a 3.1-es REP-ben jelenik meg; ha a többi sérüléssel szemben ez uralja a képet – nem programozható műtét esetén **ismételt elsőbbségi, egyébként programozható**
- olyan csont- és/vagy lágyrész defektus marad vissza, illetve konzervatív módon nem gyógyuló decubitus alakul ki, ami miatt major plasztikai beavatkozás (csont szegment transzport, myocutan vagy kompozit lebeny, esetleg mikrovaskuláris módszerrel) válik szükségessé. – ez ebben a betegcsoportban igen ritka – postoperatív szakban **elsőbbségi**
- ha a beteg kezelését valamilyen oknál fogva (tervezett, vagy nem tervezett műtét, pszichés állapot, belgyógyászati problémákstb) a kezelés befejezése előtt meg kellett szakítani

Ismételt felvétel esetén kódolandó FNO-k az elsőbbségénél megadottal megegyeznek.

Jellemző	Minősítő
1.2. állapotsúlyosság(N/Kp/k)	közepes/kicsi
1.3.1. ápolói szükséglet (N/Kp/k)	közepes/kicsi
1.4.1. gyógyszer szükséglet (N/Kp/k)	közepes/ kicsi
1.4.2. kötszer és egyéb orvostechikai anyag szükséglet (N/Kp/k)	közepes/kicsi elsősorban a kültakarón végzett plasztikai műtétek után lehet nagyobb
1.4.3. diagnosztikai anyag szükséglet (N/Kp/k)	kicsi a műtétek után ismételt rehabilitációs felvétel során rutin labor, röntgen és UH diagnosztika (nekrózis esetén MR követés)
3.1. ellátási csomag (alap/bővített)	a polytraumatizáció után jellemző problémakör jelentős része az elsőbbségi ellátásban megoldódik, így rendszerint egy végtagi vagy ízületi korrekció után, a túlzottan elhúzódó korai ellátás miatt szükséges adaptációs szabadság után, vagy rekondicionálás céljából történik az ismételt rehabilitációs felvétel
3.2. ellátási szint (I/II/III)	III
3.3. ellátás helyszíne (fekvőbeteg/NK/járóbeteg)	fekvő, nappali kórház, esetleg ambuláns is lehet ismételt ellátásban* , ezt jelentős mértékben befolyásolhatja pl., hogy felső vagy alsó végtagi korrekció történt
3.4. ellátás várható tartama (től – ig)	21--40 nap
Ismételt rehabilitáció várható tartama az első évben (hét/1. év)	3-6 hét a fenti esetek többségében (egyszerű szalagplasztika, endoprotézis beültetés) elégséges, plexus vagy komplikált defektus pótlás után, eszközváltások (gipsz, ortézis,korsett elhagyás, eszköz használat betanítása, kialakult kontraktúrák és izomatrófiák kezelése) 3-6 hónap is lehet
Ismételt rehabilitáció várható tartama a második évben (hét/2. év)	3-6 hét a fenti beavatkozások jelentős része történhet a második vagy további poszttraumás évben (tengelykorrekció, endoprotézis beültetés, rekonstrukciós műtétek)
jellemző betegutak	1.traumatológiai (ortopédiai) osztály→rehabilitációs osztály
	2.rehabilitációs osztály szakambulanciája→rehabilitációs osztály

**akkor végezhető ismételt rehabilitáció szakambulancián vagy nappali ellátásban (mindkét esetben az adott ellátást fekvőbeteg formában is végző osztály mellett működő NE / JB), ha a beteg (gyermek) közlekedése megoldható, vagy a szállítást naponta igénybe tudja venni.*

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségletéről)

milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl? Egyéb REP-ek: kéz funkció zavarok (3.1, 3.2) / fájdalom (4.3) / amput. (7.1-3); Ellátási szint: a programok szerint. **12hónapon belül várható kapcsolódó ellátás:** fájdalom szindróma kialakulása, vagy ízületi contractura, izomatrófia megelőzés, kondicionálás, pszichoterápia., esetleges protetizálás folytatása.

4./ A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5. / A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1. Változást jellemző teszteredmények: FNO, FIM, Barthel (kötelező) ROM, izomerő, VAS (opcionális, egy ebből kötelező). Gyermekes esetében célskála alkalmazása javasolt.

5.2. Kimeneti jellemző

Munkaképes korúak - foglalkozási rehabilitáció megkezdése, ill id. leszázalékolás megindítása.

Tanulók esetén munkaképességi vizsgálatok alapján esetleges pályamódosítási javaslat, iskola módosítás.

Nem munkaképes, ill. időskorúak – szociális gondozás, ill. háziápolás megszervezése, vagy elhelyezés kezdeményezése.

ÖNELLÁTÁS:

Mobilitási és önellátást segítő eszközökkel a sérült személyére nézve önellátó

9-2 Monotrauma utáni funkciózavar, melyet követő komplett rehabilitációt a sérülés összetett vagy szövődményes volta, illetve a sérült fogyatékosága vagy multimorbiditása tesz szükségessé, ellátási program

Elsődleges I-II szintű 2200 szakmakódú osztály (felnőtt) és I-II szintű 2205 szakmakódú osztály (gyermek)

Egy régiót érintő súlyos, vagy többszörös, vagy szövődményes sérülés esetei és a fogyatékos személyt ért egy régiót érintő sérülése(i) tartoznak ide, amely(ek) önellátási, közlekedési, ill. súlyos ízületi funkciózavart okoz(nak). Ebbe a csoportba tartoznak az időskori vagy/és osteoporosis talaján kialakuló csípőtáji és gerinctörések (csigolya összeroppanás is).

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Baleset és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.3.Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **közepesen súlyos**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás szükséglet

1.3.1. Ápolói szükséglet: közepes /nagy

1.3.2. Specifikus szakdolgozói szükséglet

Alapcsomag minimum feltétel szerint

Bővített csomag: kötözés ápoló(antidecub. ellátás és sebkezelés), sport terápiát és /vagy hidroterápiát végző szakember, munkapszichológus (munkaképes korúak esetén), gyógytornász, fizioterápiás szakasszisztens, gyögmasszőr, egyedi segédeszköz-ellátást végző műszerész, ergoterapeuta, pszichológus, szociális munkatárs, dietetikus,

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: közepes /nagy

Alapbetegség(ek) miatt szükséges gyógyszerek + LMWH, fájdalomcsillapítók, izomlazítók, antidepresszánsok, valamint az átvételkor meglevő szövődmények kezeléséhez szükséges, antibiotikumok, kötözésnél használt szerek (H₂O₂, Betadine, kenőcsök stb). Tesztcsíkok

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet:nagy

Alapbetegség(ek), a sérülés jellege és a szövődmények miatt gyakran szükséges: sebkezeléshez szükséges eszközök, kötszerek, fertőtlenítő szerek, védőruházat, infúziós szerelék, fecskendők, tűk, decub. alátétek, antidecubitus matrac, pelenka, katéter,

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet:közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok, rutin labor. Rtg, UH (hasüregi, végtagi, ízületi, retentio mérő) EMG, ENG, EKG, vércukor mérő műszer, vérnyomásmérő

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

Baleseti sebészetről, az osztály ambulanciájáról közvetlenül.

2.2.Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Jellemzően **elsőbbségi** rehabilitáció, ritkán programozható (az utóbbi általában késői szövődmény vagy tervezett sebészeti beavatkozást követően)

3. / A rehabilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak leírása

1. Fekvőbeteg ellátás, elsőbbségi

Alapcsomag, I. szint: nem súlyos alapbetegség / fogyatékoság esetén. Jellemző ellátás időskori csípőtáji törések esetén. **Tartama: 21-40 nap**

Bővített csomag, II szint: ha az alapbetegség súlyos mozgásszervi fogyatékoság – HeineMedine, több végtagot érintő paresis, RA, izomatrophia, stb. áll fenn. **Tartama: 30-90 nap**

2. Járóbeteg, nappali ellátás, elsőbbségi:

Alapcsomag, I. szint (szakrendelő) / NE: A mobilizálási nehézségek miatt csak FV-i törések esetén jön szóba esetleg nappali ellátás, ha a szállítás naponta megoldott. **Tartama: 10-15 munkanap (NE), 10-15 alkalom (JB)**

Ismételt felvétel rehabilitációs céllal elsőbbségi rehabilitáció befejezését követően, ismételt elsőbbségi ellátás vagy programozható

Ismételt rehabilitáció válhat szükségessé, ha a primer traumatológiai ellátás és elsőbbségi rehabilitáció után

- a törésgyógyulás elhúzódása vagy elégtelensége (álízület kialakulása) miatt spongiosaplastica vagy reosteosynthesis, válik szükségessé - nem programozható műtét esetén **ismételt elsőbbségi**, egyébként **programozható**
- a törésgyógyulás során jelentős végtagi tengelyeltérés, csont nekrosis vagy ízületi arthrosis alakult ki, és korrekciós osteotomia vagy endoprotézis beültetés válik szükségessé - nem programozható műtét esetén **ismételt elsőbbségi**, egyébként **programozható**
- a perifériás ideg vagy plexus sérülése nem mutat javulást, és idegtranszplantáció vagy funkcionális rekonstrukciós műtét (izom-ín transzfer) válik szükségessé (lehet másik REP is, pl. 3-1!) – lehet nem programozható műtét esetén **ismételt elsőbbségi**, egyébként **programozható**
- olyan csont- és/vagy lágyrész defektus marad vissza, illetve konzervatív módon nem gyógyuló decubitus alakul ki, ami miatt major plasztikai beavatkozás (csont szegment transzport, myocutan vagy kompozit lebeny, esetleg mikrovaszkuláris módszerrel) válik szükségessé – nem programozható műtét esetén **ismételt elsőbbségi**, egyébként **programozható**
- Konzervatív kezelésre nem oldódó contractura műtete után **programozható**
- Eszközcseré, vagy eszköz elhagyása után intenzív fizioterápiás céllal - **programozható**

Ismételt felvétel esetén az elsőbbségivel azonos FNO-k használata szükséges.

Jellemző	Minősítő
1.2. állapotsúlyosság a betegek 70-90 %-ára jellemzően (N/Kp/k)	közepes
1.3.1. ápolói szükséglet (N/Kp/k)	közepes
1.4.1. gyógyszer szükséglet (N/Kp/k)	Közepes/nagy (a fogyatékoságot okozó alapb. miatt)
1.4.2. kötszer és egyéb orvostechnikai anyag szükséglet (N/Kp/k)	közepes
1.4.3. diagnosztikai anyag szükséglet (N/Kp/k)	kicsi a műtétek után ismételt rehabilitációs felvétel során rutin labor, röntgen és UH diagnosztika (nekrosis esetén MR követés)

3.1. ellátási csomag (alap/bővített)	alapcsomag rendszerint egy végtagi vagy ízületi korrekció után történik az ismételt rehabilitációs felvétel
3.2. ellátási szint (I/II/III)	I szint: alapcsomag szükséglettel / II szint: bővített csomag esetén
3.3. ellátás helyszíne (fekvőbeteg/NK/járóbeteg)	fekvő, nappali kórház, esetleg ambuláns* is lehet, ezt jelentős mértékben befolyásolhatja pl., hogy felső vagy alsó végtagi korrekció történt
3.4. ellátás várható tartama (től – ig)	
Ismételt rehabilitáció várható tartama az első évben (hét/1. év)	21-35 nap

**akkor végezhető ismételt rehabilitáció szakambulancián vagy nappali ellátásban (mindkét esetben az adott ellátást fekvőbeteg formában is végző osztály mellett működő NE / JB), ha a beteg (gyermek) közlekedése megoldható, vagy a szállítást naponta igénybe tudja venni.*

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségletéről) milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl? További REP-ek: kéz funkció zavarok (3-1) / fájdalom (4-3) / immobilitás (12-1), OP (4-1) kiegészítőként további prevenció gyanánt. **Fekvőbeteg ellátás, I szint vagy JB ellátás I szint (szakrendelés):** általában elegendő. **12 hónapon belül várható tartott kapcsolódó ellátás:** (karbantartás) rekondicionálás – fájdalom vagy ízületi kontraktúra megelőzés.

4. / A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban **SZABÁLYKÖNYV**

5./ A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1./ Változást jellemző teszteredmények: FNO, FIM, Barthel (kötelező) ROM, izomerő, VAS (opcionális, II szinten egyik kötelező). Gyermekes esetében célszála alkalmazása javasolt.

5.2. / Kimeneti jellemző

Foglalkoztatás:

távozáskor nyilatkozni kell a munkaképes korúak esetében arról, hogy a sérült alkalmas-e a munkakör betöltésére, ill. milyen feltételek mellett lehetséges ez. (Munkapszich. vizsgálatok és fizikális állapot alapján.)

Oktatás:

tanuló, esetében az oktatásba visszatérés időpontja / körülményei; felnőttek/ foglalkoztatott esetében az átképzési szükséglet meghatározása

Szociális szükséglet:

idősek esetén valamilyen mértékű gondozás, gyógytorna a háziápolási szolgálat keretében ha nem térhet vissza otthonába az ellátási helyszín és egyéb szociális juttatások

Segédeszköz szükséglet:

bel- és kültéren való közlekedéshez, szövődmények megelőzéséhez szükséges eszközök, higiénés eszközökkel látva,

9-3 Sportolók sportsérülései következtében kialakult funkciózavar / fogatékosság miatt szükséges rehabilitáció ellátási program

Elsődleges I-II szintű 2200 szakmakódú osztály (felnőtt) és I-II szintű 2205 szakmakódú osztály (gyermek)

A sportolók körében egy vagy több régiót érintő enyhe, közepes vagy súlyos, többszörös, vagy szövődményes sérülés esetei tartoznak ide. Ide tartoznak olyan ortopédiai/neurologiai/reumatológiai betegségek, traumatológiai események, amelyek a sportolót teljesítmény maximumában bármilyen mértékben is korlátozzák. Ide tartozik a túlfáradás okán szükséges kondicionálás, rekondicionálás is. Többnyire egyénre szabott rehabilitációs program végzése szükséges. Maximális alkalmazkodás a sportoló elfoglaltságához, lelkiületéhez nagy empátiájú, nagy gyakorlatú, sportszemléletű gyógytornásszal, sportpszichológussal.

Az időfaktor meghatározó, ami nagy pressziót jelent a rehabilitációs személyzetre, nagy a médianyomás, állandó készenlétet vár el egy élsportoló napi 24 órában. A rehabilitációs tevékenység végén „restitutio ad integrum”-ra törekszünk. Banálisnak tűnő panasz jelenthet egy érem elvesztést, tartós sikertelenséget.

1./ A páciensek állapotának jellemzése 1.1. Sportsérülés , ortopédiai kórkép, csökkent versenyképesség a kialakult károsodás / funkciózavar / fogatékosság leírása SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **közepesen súlyos**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humánerőforrás szükséglet

1.3.1. Ápolói szükséglet: közepes

1.3.2. Specifikus szakdolgozói szükséglet :nagy

Fizioterápiás asszisztens, sportpszichológus , sportorientáltágú gyógytornász , gyógymasszőr, dietetikus, egyedi segédeszköz-ellátást végző műszerész (elérhető, rendszeresen konzultáló), teljesítménydiagnosztikában járatos szakember.

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: minimális/közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges gyógyszerek + LMWH, fájdalomcsillapítók, izomlazítók, valamint az átvételkor meglevő szövődmények kezeléséhez szükséges, antibiotikumok, kötözésnél használt szerek (H2O2, Betadine, stb),

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet:közepes

- *Alapbetegség(ek)*, a sérülés jellege és a szövődmények miatt szükséges: sebkezeléshez szükséges eszközök, kötszerek, fertőtlenítő szerek, védőruházat, infúziós szerelék, fecskendők, tűk , Tape szalagok, fáslik, rögzítők stb. Speciális koordinációs eszközök (pl: párnák, labdák , botok, multifunkciós eszközök)

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet:közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok, rutin labor. Rtg, UH (hasüregi, végtagi, ízületi), MR(elérhető legyen), CT (elérhető legyen), EKG, vércukor mérő műszer, vérnyomásmérő. Futópad, ergometria szükséges esetben.

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra? Sportsebészeti, ortopédiai, traumatologiai osztályról, egyéb szakrendelőkből, sportsebészeti rendelőből, sportorvosi hálózatról, keretorvosoktól, háziorvostól, más intézetből, CALL Centeren keresztül, a rehabilitációs osztály szakambulanciájáról.**2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?** Jellemzően **elsőbbségi** rehabilitációmajdjáróbeteg ellátásként folytatódik, de közepes vagy enyhe esetekben kezdődhet járóbeteg vagy nappali ellátásként is. Az elsőbbségi rehabilitáció folytatása vagy ismétlése a beteg állapotának változásától és a terápiás részvétel lehetőségétől függően történik.

3. / A rehabilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak leírása

1.Fekvőbeteg ellátás, elsőbbségi rehabilitáció, ritkán halasztott elsőbbségi rehabilitáció

Alapcsomag, I. szint: nem súlyos alapbetegség / fogyatékoság-funkciócsökkenés esetén. pl: funkcióvesztést okozó lágyrész-sérülést követően

Tartama: 10-20 nap , amely járóbeteg ellátásban vagy nappali ellátásban folytatható szükség esetén

Bővített csomag, II szint: ha az alapbetegség súlyos funkcióvesztést okoz (pl: szalagsérülés után, csonttörést követően).

Tartama: 12-30 nap, amely járóbeteg ellátásban vagy nappali ellátásban folytatható szükség esetén.

2.Járóbeteg ellátás, nappali ellátás, elsőbbségi:

Alapcsomag, I. szint (szakrendelő) / NE: Sportolók esetén az ellátóhely vonzáskörzetében tartózkodó, a kórház-szakrendelőt könnyen megközelítő, otthoni éjszakai alváshoz ragaszkodó, vagy délután sportból nem teljesen kiszakítható betegek

Tartama: 10-30 munkanap (NE), 10-30 alkalom (JB)

Ismételt felvétel rehabilitációs céllal elsőbbségi rehabilitáció befejezését követően válhat szükségessé, ha az elsőbbségi rehabilitáció után progresszió vagy szövődmény következik be, esetlegesen elmarad a várt teljesítményben a sportoló

4./ A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5./ A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1. Változást jellemző teszteredmények FNO, FIM (motoros), Barthel (kötelező), ROM, VAS (opcionális, de II szinten egyik kötelező). Gyermekes esetében célskála alkalmazása javasolt.

5.2. Kimeneti jellemzők Ízületek és gerinc mozgáshatárainak bővülése, terhelhetőség növelése, fájdalom csökkenése, mindennapi élettevékenységek elvégzése .

Minél gyorsabban részleges, majd teljes terheléssel a sporttevékenységbe való visszaállítás.

10-1 Krónikus bélbetegség és malnutríciósorán kialakult funkciózavar / fogytékosság miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja

Elsődleges I-II szint 2200 szakmakód (felnőtt), I-II szint 2205 szakmakód (gyermek)

III. szintű ellátás: A(4) rövidbél szindrómás betegek 2200 vagy 2205 szakmakód

*Malnutrícióhoz leggyakrabban táplálék hiány, táplálék felvételi zavar, gyomor-vékonybél-vastagbél, máj-epe, hasnyálmirigy betegségek, károsodások vezethetnek . Mindezek alapja gyulladásos folyamat, keringési zavar, **idegműködési zavar**, daganatos, toxikus károsodás, műtét utáni állapot lehet. A kialakult krónikus jellegű malnutríciót számottevő tesztösszetétel és testtömeg változás, székürítési zavar kísérheti. Mindez a terhelhetőség, az önellátás, a mindennapi élettevékenységek akadályozottságához vezet. Ezen kívül az étkezési szokások megváltozása, a bélműködési zavarokhoz való adaptálódás, a kialakult állapottal kapcsolatos pszichés teher igényelhet rehabilitációs beavatkozásokat.*

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogytékosság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **közepesen súlyos**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrása szükséglet

1.3.1 Ápolói szükséglet: közepes

1.3.2 Speciális szakdolgozó szükséglet: Alapcsomag: gyógytornász, dietetikus, pszichológus, ergoterapeuta, szociális munkatárs, fizioterápiás szakasszisztens; **Bővített csomag:** sztómaterápiában jártas szakápoló / szakasszisztens

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet nagy/közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: IBD 5-ASA gyógyszerei, immunmodulátorok, steroidok, prokinetikumok, PPI-k, LMWH

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: digestikumok, enterális tápszerek (parenterális táplálás külön finanszírozása javasolva)

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechikai anyag szükséglet közepes

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: stómaterápiás anyagok, sebészi kötözők
Rehabilitáció során szükséges anyagok: antidecubitor anyagok, szondák

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet közepes / kicsi

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: Labor diagnosztikai alapbetegségtől függően

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: állapottól függően labor és képalkotó eljárások

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra? (jellemző betegutak leírása valószínűségi sorrendben)

- a., akut ellátó osztály – sebészet, subintenzív, gastroenterológiai osztály, belosztály közvetlenül
- b., gastroenterológiai, vagy rehabilitációs szakambulancia közvetlenül

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan? elsőbbségi és programozható is lehet.

3. / A rehabilitációs ellátóhelyre vonatkozó kívánalmak leírása

Fekvőbeteg ellátás, elsőbbségi

Alapcsomag, I. szint: ez a szint általában elegendő az enyhe és a közepesen súlyos esetek ellátására.

Tartama: 21-35 nap

Bővített csomag, II. szint: multimorbiditás esetén, ha a vezető tünet gastroenterológiai, de egyéb jelentős fogyatékossgot okozó társbetegség(ek) is jelen vannak (súlyos esetek elsősorban).

Tartama: 21-56 nap

Speciális ellátás, III. szint:

A(4) Rövidbél szindrómás betegek rehabilitációs *ellátása a programon belül*. 2200 vagy 2205 szakmakód

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: Súlyos állapotúnak tekinthető az a beteg,

- akinek a BMI értéke 18,5 alatt van
- akit az alábbi BNO kódok egyikével láttak el korábbi akut ellátásban: K9121 vagy K9122 vagy K9123 vagy K9124
- a beteg rehabilitációra alkalmas állapotban, azaz terhelhető és eredmény várható az ellátástól
- a betegnél reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- a beteg valóban elérte a rehabilitáció során a kitűzött célokat

Tartama: 28-70 nap

Ismételt ellátás rehabilitációs céllal elsőbbségi rehabilitáció befejezését követően, programozhatóan

Ismételt rehabilitációs ellátás válhat szükségessé: krónikus alapbetegség újabb aktivitásának kezelése után kialakuló önellátás képesség romlás, szövődmény, műtét, következtében létrejövő újabb fogyatékossg, vagy meglevő fogyatékossgot okozó állapot romlása esetén, illetve terhelhetőség, motiváció javulása esetén, ha újabb rehabilitációs cél van.

Ismételt felvétel esetén az elsőbbségi rehabilitációnál használt FNO-k kódolandók.

Jellemző	minősítő	
	fekvőbeteg	járóbeteg / nappali
1.2. állapotsúlyosság a betegek 70-90 %-ára jellemzően (N/Kp/k)	közepes	enyhe
1.3.1. ápolói szükséglet	közepes	
1.4.1. gyógyszer szükséglet	Közepes-nagy	
1.4.2. kötszer és egyéb orvostechnikai anyag szükséglet	közepes	
1.4.3. diagnosztikai anyag szükséglet	közepes/ kicsi	

3.1. ellátási csomag (alap/bővített)	alap / bővített	alap
3.2. ellátási szint (I/II/III)	I,II,III (választás, mint az elsőbbségénél)	II
3.4. ellátás várható tartama (től – ig)	15-40 nap	NK: 2-3 hét, JB: 10-15 alkalom
Ismételt rehabilitáció várható tartama az első évben (hét/1. év)	a konkrét állapot és a rehabilitációs cél határozza meg.	
jellemző betegutak	1.háziorvos, szakorvos, osztály	
	2.szakambulancia	
	3.rehabilitációs ambulancia	

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségleteiről)

milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl? Egyéb REP-ek: az alap/kísérő fogyatékoságnak megfelelő REP-ek, Betegségekhez társuló malnutrició kezelése és megelőzése szükséges. Ellátási szint: I. Szint (FB), II. szint (JB).

Ambuláns kontrollok során végzett állapotfelmérés eredményeként, objektív funkcionális állapot alapján /javasolt /szükségesnek tartott kapcsolódó ellátás: (karbantartás) rekondicionálás: Primer károsodás súlyosságától függően 2-12 hóközött.

4./ A rehabilitációs terápiás program kötelezően, illetve a beteg szükségletének megfelelően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5. / A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1.Változást jellemző teszteredmények: Barthel, FIM, FNO, NRS 2002, BMI (kötelező)

5.2. Kimeneti jellemzők:

A páciensek az esetek döntő többségében otthonukba távoznak. A páciensek döntő hányada javult állapotban távozik. Első rehabilitáció esetén ezen belül a páciensek többsége eléri legalább a személyes teendők terén való önálló képességet és a járási önállóságot legalább a lakáson belül.

10-2 Obezitás szövődményes eseteiben kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja

Elsődleges I-II szint, 2200 szakmakód (felnőtt), I-II szint 2205 szakmakód (gyermek)

Az obezitás krónikus recidiváló, kezelendő kórállapot, amihez – főleg szövődményei révén - gyakran társul fogyatékoság, gyakran társul az életminőség romlása. Az obezitás már szövődmény nélkül is ronthatja a páciens funkcionális aktivitását, károsíthatja mindennapi élettevékenységeit. Romolhat a járás, az ülésből való felállás, az egyensúly, a fizikai terhelhetőség, gyakrabban jelentkezhet fájdalom. Az obezitás szövődményeinek jelentkezésekor pedig a kialakuló betegségnek megfelelő fogyatékoságok terhelhetik a páciens, sokszor romolhatnak a már meglevő funkciózavarok. Rehabilitációs szakember két megközelítésben találkozhat obezitásban szenvedő beteggel. Egyrészt akkor, ha a páciens az obezitás szövődménye következtében szorul rehabilitációra. Másrészt akkor, ha ugyan obezitástól független állapot, betegség miatt igényel rehabilitációt, de a rehabilitáció folyamatát az obezitás befolyásolja, módosítja, hátráltatja. Az obezitás kezelésének elkezdése mindkét esetben előnnyel jár.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása **SZABÁLYKÖNYV**

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén
limitek megadásával: **közepesen súlyos / enyhe:**

2. SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrása szükséglet

1.3.1 Ápolói szükséglet: közepes

1.3.2 Speciális szakdolgozó szükséglet: Alapcsomag: gyógytornász, dietetikus, pszichológus, ergoterapeuta, szociális munkatárs, fizikoterápiás szakasszisztens

1.4 Fogóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: diabetes, hipertonia, ISZB, hypelipidaemia, keringési zavar gyógyszerei

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: fájdalomcsillapítók, izomlazítók, testsúlycsökkentés gyógyszerei

1.4.2. Napi átlagos egyéb terápiás anyag szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges :

Rehabilitáció során szükséges anyagok: fásli

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: közepes / kicsi

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: labor, elsősorban: vércukor (-profil), lipidek, húgysav,

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: terhelés során vércukor, EKG, vérnyomásmérő, vércukorszintmérő

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

saját rehabilitációs ambulanciáról; szakambulanciáról/szakrendelésről; háziorvosi praxisból; akut/nem akut kórházi osztályról

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan (valószínűségi sorrendben)? Programozható

3./ A rehabilitációs ellátóhelyre vonatkozó kívánalmak leírása

1.Fekvőbeteg ellátás, programozható

Alapcsomag, I. szint: ez a leggyakoribb ellátási szükséglet. **Tartama: 21- 28 nap**

Bővített csomag, II: szint: ha súlyos degeneratív ízületi betegséggel vagy Girdlestone állapottal vagy súlyos RA-val együtt fordul elő és/vagy perioperatív (műtétet előkészítő és közvetlenül azt követő) ellátás. **Tartama: 21- 42 nap**

2.Járóbeteg, nappali ellátás, programozható

Kivételesen jól együttműködő beteg esetében jön szóba az alapcsomag szükséglete esetén, naponkénti bejárással nappali ellátás vagy járóbeteg szakambulancián (II. szint), **tartama azonos a fekvő ellátással.**

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségletéről)

milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl? Egyéb REP-ek: a meglevő fogyatékoságnak megfelelő program a jelenlegi REP mellett, 3 havonta kontroll, állapotfelmérés, sze. terv módosítás, Ellátási szint: **I. szint / II. szint** (a fent leírtak szerint). 6 hónapon belül várható / javasolt karbantartás, rekondicionálás

4/ A rehabilitációs terápiás program elemei az adott betegcsoportban:

SZABÁLYKÖNYV

5./ A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1./ Változást jellemző teszteredmények: Barthel, FIM, FNO , BMI, haskörfogát (kötelező), járásteszt , célskála (opcionális). Gyermekek esetében célskála alkalmazása javasolt.

5.2. / Kimeneti jellemzők

Távozás színtere: saját otthona (ahol korábban élt) / másik kórház / szociális ellátó / állami gondozás / egyéb

Önállóság szintje: Javult a korábbihoz képest / korábbival azonos, vagy nagyon hasonló / közepesen csökkent / sokat romlott; Teljesen önellátó / segítséget igényel, de önálló /felügyeletet igényel / állandó ápolást igényel

11-1 Krónikus veseelégtelenség / vesetranszplantáció következtében kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja mellékprogramként (önállóan nem)

Ellátási program kötelezően végzendő, nem önálló programként. Kivétel: vesepótló kezelésben részesülők rehabilitációs ellátása C(5) Vesepótló kezelésben részesülők rehabilitációs központjában (2200 vagy 2205 III. szintű vagy 2206, 2207, 2208 vagy 2209 szakmakódú osztályokon)

A krónikus veseelégtelenség a működő veseállomány fokozatos pusztulása következtében kialakuló visszafordíthatatlan veseműködési zavar, amely végállapotú veseelégtelenséget eredményez a vesefunkciók teljes megszűnésével. A végstádiumú veseelégtelenségben - amikor a GFR 10ml/min alá csökken -, a beteg életét csak tartós művese kezeléssel (hemodialízis, vagy peritonealis dialízis), illetve sikeres vesetranszplantációval lehet fenntartani. A vesepótló eljárások azonban csak részben pótolják az életfontos szerv működését, és ez az állapot tartós funkciózavarokat (só-vízháztartási zavart, anyagcserezavart, renalis anaemiát, cardiovascularis szövődeményeket, csontanyagcsere-zavart, immunológiai rendellenességeket) okoz, és ezeken keresztül különböző fogyatékoságokat eredményez. Súlyosítja a betegek helyzetét az alapbetegségükhöz szövődmények, illetve a vesepótló kezelés mellett kialakuló kísérő betegségek (extraossealis calcifikáció, felgyorsult atherosclerosis következtében kialakuló cardiovascularis szövődmények, mozgásszervi elváltozások, stb. társulnak. A krónikus vesepótló kezelésben részesülő 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.

1./ A páciensek állapotának jellemzése:

1.1. Betegség / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **közepesen súlyos:**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Hunánerőforrás

1.3.1. Ápolói szükséglet: kicsi

1.3.2. Specifikus szakdolgozói szükséglet Alapcsomag: gyógytornász, dietetikus, szociális munkatárs, pszichológus, fizioterápiás szakasszisztens, ergoterapeuta; **Bővített csomag:** vesepótló kezelésben (PD) jártas szakszemélyzet, késedelem mentes belső szállítás a vesepótló kezelésre és vissza

1.4 Fogóanyag költség

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: nagy

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: vérnyomáscsökkentők, diuretikumok, lipidcsökkentők, vaspótlás, folsav, erythropoietin scut.inj., szívgyógyszerek, antibiotikum, aminosavpótlás, B-vitaminok, D3-vitamin, foszfátkötők, antidiabetikumok, insulin, transzplantált vesebetegeknél immunszuppresszív gyógyszerek, protonpumpa gátlók,

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: az előbbiek +antidepresszánsok, fájdalomcsillapítók, vitaminok,

1.4.2. Napi egyéb terápiás anyag szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: kötszerek, fertőtlenítő szerek

Rehabilitáció során szükséges anyagok, pelenka

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: Laboratóriumi vizsgálatok

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok:

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

- családorvos – nephrológiai szakrendelés (gondozás) – rehabilitációs ellátó
- nephrológiai szakrendelés (gondozás) – rehabilitációs ellátó
- nephrológiai osztály – rehabilitációs ellátó

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Általában **programozható** rehabilitáció a kívánatos,

Akut történés után **elsőbbségi** rehabilitáció. az elsőbbségi oka: A dializált vagy transzplantált vesebetegeknél súlyos kísérőbetegségek, szövődmények, krízishelyzetek fellépése esetén elsőbbségi rehabilitációs ellátásra lehet szükség. Ha ez a vesebetegséggel, a vesepótló kezeléssel is összefügg, akkor ez a REP érvényes az ellátásra.

3./ A rehabilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak leírása

1.Fekvőbeteg ellátás

Alapcsomag, I. szint, programozható: vagy

Bővített csomag, II. szint az alapvető REP függvényében

III. szintű ellátás

C(5) Vesepótló kezelésben részesülők rehabilitációs központja: 11-1 programon belül a vesepótló kezelésre szoruló rehabilitációs szükségleteinek kielégítését végző központ. Résztvevő intézmények a rehabilitációs medicina 2200 vagy 2205 III. szintű vagy 2206, 2207, 2208, 2209, 4004, 1903 szakmakódú osztályok és vesepótló kezelést végző centrum.

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható* rehabilitáció esetében: azok a betegek tekinthetők speciális ellátási szükségletűnek, akik

- vesepótló kezelésben részesülnek vesepótló állomáson heti legalább kétszeri rendszerességgel (marker BNO: Z9920) és ellátásuk 24 órás ápolási szükségletet is megkíván
- valamilyen egyidejűleg fennálló fogyatékoság miatt szorulnak rehabilitációra
- rehabilitációra alkalmas állapotban vannak, azaz terhelhetők és eredmény várható az ellátástól
- esetében reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- valóban elérték a rehabilitáció során a kitűzött célokat

*ha a rehabilitációs szükséglet váratlanul merül fel **elsőbbségi**, ha előre látható, akkor

programozható Tartama: 21-40 nap

2.Járóbeteg, nappali ellátás, programozható

HD-ben részesülő betegek esetében alig kivitelezhető a heti 3x-i szállítás miatt – a HD napján általában más ellátás a beteg teherbíró képességének határai miatt nehezen ütemezhető. Más

krónikus vesebetegek esetében megoldás lehet. **Ellátási szint: II (szakambulancia), tartam: 15-20 alkalom.**

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségleteiről) milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl? Esetleg társuló fogyatéknak megfelelő REP, **Ellátási szint: I (fekvőbeteg). és II (szakambulancia).** Gondozás az alapellátásban, illetve szakrendelésen.

Fél évente javasolt az egyéni rehabilitációs program (eredmények, elért célok) kiértékelése, újabb állapotfelmérés alapján szükség esetén új rehabilitációs terv készítése.

4./ A rehabilitációs terápiás program kötelezően, illetve a beteg szükségletének megfelelően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban
SZABÁLYKÖNYV

5. / A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1. Változást jellemző teszteredmények: FIM, Barthel, FNO (kötelező) Karnofsky féle index, VAS (opcionális, de II-III szinten egy kötelező). Gyermekek esetében célskála alkalmazása javasolt.

5.2. Kimeneti jellemzők:

Távozás színtere: saját otthona (ahol korábban élt) / másik kórház / szociális ellátó / állami gondozás / egyéb

Önállóság szintje:

- Javult a korábbihoz képest / korábbival azonos, vagy nagyon hasonló / közepesen csökkent / sokat romlott
- Teljesen önellátó / segítséget igényel, de önálló /felügyeletet igényel / állandó ápolást igényel

12-1 Immobilitás, inaktivitás okozta funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja mellékprogramként (önállóan nem)

Ellátási program kötelezően végzendő nem önálló programként. Kivétel: A(5) Immobilitás multi-organ failure-t követően, ha a rehabilitáció során ténylegesen várható funkcionális javulás – lehetséges szakmakód: bármelyik

Immobilizáció a hosszantartó ágynyugalom, inaktivitás következtében kialakuló, az egész szervezetet érintő tünetegyüttes. Az alapbetegségtől függetlenül az immobilizáció következtében létrejövő patofiziológiai változások azonos klinikai képet hoznak létre. A legfontosabb klinikai tünetek: Támasztó és mozgatórendszer: izomerő csökkenés, fáradékonyság, izomatrófia, ízületi kontrakturák, izomzat fibrotikus degenerációja, oszteoporózis, heterotop osszifikáció. Szív és érrendszer: ortosztatisztikus hipotenzió, nyugalmi pulzusszám emelkedése, kardiális rezerv csökkenése, trombo-emboliás szövődmények gyakorisága nő. Légző rendszer: vitálkapacitás és funkcionális reziduális kapacitás csökken, köhögés elégtelen, légúti fertőzések előfordulása gyakori. Gyomor-bélrendszer: étvágytalanság, fogyás, alultápláltság /hypalbuminaemia/, obstipáció. Vizeletelvezető rendszer: inkontinencia, visszatérő uroinfekciók, hólyagkövesség, zsugorhólyag kialakulása. Bőr: felfekvések, infekciók /bakteriális - gombás/, benőtt köröm. Központi idegrendszer: szorongás, alvászavar, depresszió, érzelmi és viselkedési zavarok, intellektuális hanyatlás.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség / baleset / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **súlyos/közepesen súlyos**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humánerőforrás szükséglet

1.3.1. Ápolói szükséglet nagy

1.3.2. Specifikus szakdolgozói szükséglet alapsomag szakápoló, gyógytornász, ergoterapeuta, pszichológus, szociális munkatárs, decubitus ellátásban jártas szakápoló / szakasszisztens; **bővített:** decubitus team, infekciókontroll team, sebkötöző team, fizioterápiás szakasszisztens, gyógymasszőr,

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet nagy

Alapbetegség miatt szükséges gyógyszerek, valamint: bétablokkolók, szorongás- csökkentők, antidepresszív szerek, profilaktikus LMWH, antibiotikum, tápszer, sebfertőtlenítő szerek
Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: antispasztikus szerek, fájdalomcsillapítók

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechikai anyag szükséglet nagy

Alapbetegség miatt és a rehabilitáció során szükséges anyagok: inkontinencia termékek, pozicionálás eszközei, járási segédeszközök

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet nagy

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok és a Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: laboratóriumi nagyrutin, baktérium tenyésztés, antibiotikum érzékenység vizsgálata, RTG: mellkas rtg, ízületi UH szövődmények: pl. heterotop osszifikáció kimutatására, hasi UH (vizelet retenció, hasi szövődmények kizárása), vizelet retenció mérő

eszköz ágynál, UH trombózis kizárása, vércukor mérő, tesztcsíkok.

2./ Betegutak leírása

2.1. Személyes vagy telefon konzílium után az intenzív, vagy az akut ellátó osztályról, ápolási vagy egyéb krónikus osztályról, háziorvosi beutalóval ambulanciáról (beteg otthonából) kerülhet a beteg felvételre.

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Illeszkedik az alap-REP-hez, amelyhez kapcsoltn felmerül.

3. / A rehabilitációs ellátóhelyre vonatkozó kívánalmak leírása

Fekvőbeteg ellátás

Alapcsomag, I szintű ellátást igénylő REP-ek esetén

Bővített csomag, II szepszist, tartós gépi lélegeztetést követő állapotok esetén

III. szintű ellátás

A(5) Immobilitás multi-organ failure-t követően, ha a rehabilitáció során ténylegesen várható funkcionális javulás –2200 szakmakód.

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: Súlyos állapotúnak tekinthető az a beteg,

- akit a rehabilitációs osztályra történő felvételét megelőzően legalább három hétig intenzív osztályon lélegeztettek és
- a beteg rehabilitációra alkalmas állapotban, azaz terhelhető és eredmény várható az ellátástól és
- a betegnél reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges) és
- a beteg valóban elérte a rehabilitáció során a kitűzött célokat

Tartama: 30-60 nap – nem nyúlhat túl az alap-REP idején, nem kezdődhet hamarabb, csak azzal együtt.

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségletéről) milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl? Otthoni ápolásban, vagy intézeti ápolásban folytatódhat, amennyiben az alap-REP végzése az inaktivitás miatt nem lehetséges, vagy halasztást kell szenvedjen.

4. / A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5. / A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1./ Változást jellemző teszteredmények

FIM, FNO, Barthel (kötelező), ROM, VAS (opcionális, de II-III szinten egyik kötelező)

5.2. / Kimeneti jellemzők

Az alap-REP miatti rehabilitáció sikeres folytatása / ennek híján: ápolási szolgáltatás igénybe vétele

Távozás színtere: Alap-REP szerinti, kivéve, ha az ápolási tennivalók kerülnek túlsúlyba.

Önállóság szintje:

- Javult a korábbihoz képest / korábbival azonos, vagy nagyon hasonló/ közepesen csökkent / sokat romlott
- Teljesen önálló / segítséget igényel, de önálló /felügyeletet igényel /állandó ápolást igényel

13-1 Fertőző betegek számára elkülönítést biztosító rehabilitáció ellátási programja nem önálló programként

Ellátási szakmakód: bármelyik

Meghatározhatóak azok a fertőzésveszéllyel járó állapotok, amely esetekben a megfelelő feltételek (fertőtlenítés és/vagy elkülönítés) biztosítása esetén a szükséges rehabilitációs kezelés rehabilitációs osztályon - a fertőzésveszély ismeretében is - megtörténhet. A fertőzésveszély önmagában nyilván nem rehabilitációt igénylő tényező, viszont a rehabilitáció folyamatát jelentősen befolyásolja.

Ebben a protokollban csak a fertőzésveszély miatt a beteg rehabilitációs kezelését meghatározó alap REP-hoz (továbbiakban: alap-REP) képest felmerülő eltérések kerülnek felsorolásra.

Fertőzésveszély esetén módosuló rehabilitációs tényezők az adott alap-REP-re jellemzőkhöz képest:

1. Nő a fertőtlenítőszer, védőfelszerelés, kötszerszükséglet
2. Nagyobb a kórokozók elleni gyógyszer felhasználási szükséglet
3. Nagyobb az ápolószemélyzetnek a feladata az ápolási folyamatok időtartamának növekedése, az egyéni kezelések szükségessége, a csoportos kezelések kivitelezhetetlensége miatt
4. A rehabilitáció intenzitása lassul, a rehabilitációs ápolási idő az alap REP-okban meghatározott időkhöz képest megnövekszik
5. Elkülönítési szükség esetén az adott kórteremben üresen maradó ágyakon bevételkiesés realizálódik.

Fokozott fertőtlenítési és/vagy elkülönítési igénnyel járó állapotok (a hatályos, 2012.

04.15-én módosított 18/1998. NM rendelet alapján):

HIV (humán immundeficiencia vírus) fertőzés, szerzett immunhiányos tünetcsoport

Elkülönítés: nem szükséges

Fertőtlenítés: folyamatos fertőtlenítés szükséges

Postexpozíciós profilaxis: Az egészségügyi dolgozók alábbiakban felsorolt expozíciója esetén minél hamarabb, lehetőleg 2 órán belül a Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet Immunológia osztályával, illetve a megyei népegészségügyi szakigazgatási szervvel folytatott konzultáció alapján antiretrovirális kezelést kell kezdeni. A HIV-fertőzés kockázatával járó kiemelt expozíciók: fertőző anyag véletlen befecskendezése, HIV-kontaminált eszközzel szúrt seb vagy vágott sérülés, HIV-pozitív beteg artériájába vagy vénájába bekötött tűvel vagy kanüllel történt sérülés, nyálkahártya vagy nagyobb bőrtérület tartós kontaminációja HIV-pozitív személy vérével, véres váladékával, liquorával, ondójával vagy hüvelyváladékával.

Clostridium difficile által okozott, egészségügyi ellátással összefüggő fertőzés

Elkülönítés: A tünetes ápoltak elkülönítése. Az elkülönítés során a standard és kontakt izoláció szabályai követendők.

Fertőtlenítés: A fertőzött beteg környezetében folyamatos és zárófertőtlenítést kell végezni sporocid hatásspektrumú fertőtlenítőszerrel.

Multirezisztens kórokozók által okozott, egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések

Elkülönítés: A kórokozónak, illetve kórformának megfelelően szükséges a fertőzött és kolonizált ápoltak elkülönítése. Az elkülönítés során a standard és kontakt izoláció szabályai követendők.

Fertőtlenítés: A fertőzött/colonizált beteg környezetében megelőző (folyamatos) és zárófertőtlenítést kell végezni.

Műtéti sebfertőzés

Elkülönítés: A beteget általában nem szükséges elkülöníteni, a standard izoláció szabályait kell betartani.

Multirezisztens kórokozók (pl. MRSA, VRE, ESBL-termelő Gram-negatív baktériumok) esetén indokolt/szükséges a beteg elkülönítése a kontakt izoláció szabályai szerint.

Fertőtlenítés: A beteg testváladékával szennyezett eszközöket, tárgyakat fertőtleníteni/sterilizálni kell.

Krónikus hepatitis B,C vírus hordozó

Elkülönítés: nem igényel

Fertőtlenítés: vér és testváladékkal érintkező tárgyak fertőtlenítése

Tuberculosis

Elkülönítés: Mikroszkópos vizsgálattal igazolt saválló baktériumot ürítő tbc-s beteget a nem tbc-s betegektől elkülönített osztályon vagy részlegen kell ápolni. Elkülönített, őrzött osztályon kell elhelyezni és gyógykezelni – függetlenül attól, hogy ambuláns vagy kórházi ellátásra szorulnak – azokat a betegeket, akik a tuberkulózis előírt gyógykezelésének ismételt felszólításra sem tettek eleget vagy a gyógyszeres kezelésük önhibájukból ismételten megszakadt. A betegek őrzött osztályon történő elhelyezéséről a beteg lakóhelye, tartózkodási helye szerinti megyei tisztifőorvos dönt a tüdőgyógyász szakfelügyelő javaslatára. Az őrzött osztályon történő kezelés szükségességét legalább háromhavonta felül kell vizsgálni, a megszüntetéséről, a gyógyítás eredményességétől függően, a tüdőgyógyász szakfelügyelő javaslatára a megyei tisztifőorvos dönt. A tbc-s betegek őrzött osztályon történő kezelése céljára az országban két helyen kell megfelelő részleget, illetve osztályt létrehozni. Az egyiket a fővárosban, az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézetben, a másikat Borsod-Abaúj-Zemplén megyében, az Edelényi Koch Róbert Kórházban.

Fertőtlenítés: A fertőző beteg, valamint a fertőző megbetegedésre gyanús személy környezetében szükséges fertőtlenítési teendők közül legfontosabb a beteg köpetének, bronchus-, torok- és orrváladékának, indokolt esetben vizeletének fertőtlenítése. Ennek során a váladékokon kívül mindazon tárgyat, eszközt, anyagot fertőtleníteni kell, melyek fertőződtek vagy fertőződhettek. Mivel a fertőzést okozó mycobacteriumok ellenállóképessége mind a fizikai (elsősorban hőhatás), mind pedig a kémiai hatásokkal szemben meghaladja a baktériumok vegetatív formáinak ellenálló-képességét, sőt megközelíti a baktériumspórák rezisztenciáját, a váladékok, illetve a tárgyak, eszközök, anyagok fertőtlenítésére vagy tuberkulocid vagy sporocid hatású fertőtlenítőszeret kell alkalmazni. Ezek hiányában – általában – 2-3-szorosára megnövelt koncentrációjú, lehetőleg klór hatóanyag-tartalmú dezinficienset kell alkalmazni, arányosan megnövelt expozíciós idő mellett.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség / baleset / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

BNO	FNO "B" (1-5)	FNO "D" (1-5)
BNO 1. Az alap-REP BNO-i	Az alap-REP FNO-i	
BNO 3. Az alap-REP BNO-i		
Az egészségi állapotot és egészségügyi szolgáltatással való kapcsolatot befolyásoló tényezők ☐ Z22.0 Tífuszfertőzést hordozó személy ☐ Z22.1 Egyéb bélfertőzést hordozó személy ☐ Z22.2 Diftéria fertőzést hordozó személy ☐ Z22.3 Egyéb meghatározott bakteriális fertőzést hordozó személy ☐ Z22.4 Főként szexuális úton terjedő fertőzőbetegséget hordozó személy ☐ Z22.5 Májgyulladás vírusát hordozó személy ☐ Z22.6 Humán T-lymphocytotrop 1-es típusú [HTLV-1] vírusfertőzést hordozó személy ☐ Z22.8 Egyéb fertőző betegség kórokozóját hordozó személy ☐ Z22.9 K.m.n. fertőzést hordozó személy		

1.2. Állapot-súlyosság a program kezdetén

Az alap-REP besorolása

1.3. Humán erőforrás szükséglet az alap-REP-hoz képest nagyobb

1.3.1. Ápolási szükséglet: elkülönítés esetén külön ápoló személyzet, egyébként pedig az ápolási folyamat fokozott időigénye miatt emelt ápolói szükséglet

1.3.2. Speciális szakdolgozó szükséglet: infekció kontroll nővér, sebkezelő nővér

1.4. Fogyóanyag szükséglet az alap-REP-hoz képest nagyobb

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: kórokozó elleni gyógyszerek, fertőtlenítő szerek

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: kötszerek, ágynemű gyakoribb cseréje, védőfelszerelések

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag szükséglet: kórokozóval kapcsolatos diagnosztika

2./ Betegutak leírása – az alap-REP-nek megfelelő

3./ A rehabilitációs ellátóhelyre vonatkozó kívánalmak leírása

Fekvőbeteg ellátás

3.1. Az ellátási csomag: az alap-REP-hoz képest fokozott ellátási szükséglet

A fokozott fertőtlenítés és/vagy az elkülönítés igénye miatt az alap-REP-hoz képest fokozott költségigényű plusz szolgáltatásokat igényel a betegek ellátása

3.2. Az ellátási szint: az alap-REP és az elkülönítési igény együtt határozza meg

3.3. Az ellátás helyszíne: az alap-REP és az elkülönítési igény együtt határozza meg

3.4. a rehabilitáció várható tartama Az alap-REP-ben meghatározottakhoz képest az ápolási idő megnyúlhat.

4./ A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

Az alap-REP-nek megfelelő, elkülönítés esetén csak egyéni terápia

5./ A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1.Változást jellemző teszteredmények Alap-REP-nek megfelelő

5.2. Kimeneti jellemző Alap-REP-nek megfelelő

14-1 Az agy traumás és kiemelten súlyos nem traumás sérülése következményeiként kialakult fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja

Elsődleges ellátás: 2206 szakmakód felnőttek, 2209 szakmakód gyermekek esetében, továbbá:

A(1) meghatározott esetekben: 2200 vagy 2205 szakmakód

C(1) súlyos spaszticitás esetén **Spasztikus betegek rehabilitációs központja** tevékenységéhez kötött ellátás szükséges

C(4) súlyos nyelési zavar esetén **Nyelészavart kezelő rehabilitációs központban**

C(5) vesepótló kezelés esetén **Vesepótló kezelésben részesülők rehabilitációs központja**

Balesetes (traumás) agysérülés definíciója: *Nem veleszületett, nem degeneratív, hanem külső mechanikai erő következtében létrejövő bántalom, amely részleges vagy teljes tudatvesztéssel járhat, és következményeként az agyműködés motoros, kognitív vagy pszicho-szociális funkcióiban átmeneti vagy végleges károsodás alakulhat ki.*

Nem traumás agysérülés/ agykárosodás következtében is kialakulhat súlyos agykárosodás, amelynek kezelési elvei részben azonosak, de a kimenetelben és részben a rehabilitációs tevékenységben is lehetnek eltérések. Leggyakoribb kórképek: subarachnoidealis vérzettek, operált agyállomány-vérzettek, malignus mediaocclusio miatt hemi-craniectomizáltak, anoxiás agykárosodottak.

A traumás és nem traumás kevésbé súlyos agykárosodás következményeként kialakuló funkciózavarok / fogyatékoságok ellátási programja megegyezik a 1-1 REP-ben leírtakkal.

A rehabilitáció a súlyos több funkció zavara (mozgás, vegetatív funkciók, észlelés, kommunikáció, beszéd, gondolkodás, tanulás, viselkedés stb.) következtében kialakult fogyatékoság miatt szükséges. **A rehabilitáció célja:** a helyreállítás elősegítése, a fogyatékosághoz való fizikai, pszichológiai és szociális adaptáció elősegítése, a függetlenséghez és a napi tevékenységhez való visszatérés elősegítése, a másodlagos károsodások megelőzése.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség/baleset/rendellenesség és a kialakult károsodás (funkciózavar) fogyatékoság leírása SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **extrém súlyos/súlyos:**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás szükséglet:

1.3.1. Ápolói szükséglet: nagy

1.3.2. Specifikus szakdolgozói szükséglet**Bővített:** ergoterapeuta, pszichológus vagy klinikai szakpszichológus és neuropszichológus, logopédus, szociális munkatárs, dietetikus; mozgásterapeuta: gyógytornász + konduktor/ szomatopedagógus vagy/és sportterápiát végző szakember pl. gyógytestnevelő, pedagógus vagy/és gyógypedagógus vagy / és zeneterapeuta, és vagy fizioterápiás szakasszisztens, és vagy gyógymasszőr,

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: nagy

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: béta-blokkolók, szorongáscsökkentők, szedatívumok, antipszichotikum, antiepileptikum, ADH és egyéb hormon szubsztitúció.

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: antispasztikus szerek, profilaktikus LMVH, antidepresszív szerek, antibiotikum, tápszer

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: nagy

Alapbetegség(ek) miatt és a rehabilitáció során gyakran szükséges anyagok: inkontinencia termékek, katéterek, urinal, pelenka, pozicionálás eszközei, gipsz, helyben készülő ortézisek

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: nagy

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok és a rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: laboratóriumi nagyrutin, baktérium tenyésztés antibiotikum érzékenység vizsgálata, RTG /végtágtörések – terhelhetőség –, mellkas rtg, szövődmények: pl. heterotop osszifikáció kimutatása/, hasi UH /vizelet retenció, hasi szövődmények kizárása, a betegek 20-30%-ára jellemzően: konzíliumok kiugróan nagy számban: szemészeti, esetenként neuro-ophtalmológiai vizsgálat, fül-orr-gégészeti vizsgálat, tracheostoma ellenőrzése /bronchoscopy/, száj és arcsebészeti konzílium, urológiai konzílium, idegsebészeti konzultáció – koponya CT kontroll vizsgálat, hydrocephalus kizárása. Esetenként nyelésvizsgálat. UH thrombosis kizárása, az agyi erek állapotának UH vagy angio. vizsgálata. Esetenként hormon szint vizsgálat. Kommunikációs zavar kómás beteg esetén hasi/mellkasi CT.

2./ Betegutak leírása

2.1. Személyes vagy telefon konzílium után az intenzív vagy az akut ellátó osztályról kerül a beteg felvételre. Kisebb rész, 5 - 10 % ambulanciáról. Felvétel a baleset, károsodás után átlag 3-4 héttel, néha jelentős késéssel (több hónap) is előfordul, ilyenkor általában szövődmények (decubitus, kontraktura, heterotop osszifikáció) már kialakultak.

2.2. Elsőbbségi - akut átvétel szükséges, 10 % **halasztott elsőbbségi**

3./ A rehabilitációs ellátóhelyre vonatkozó kívánalmak leírása

Fekvőbeteg ellátás, elsőbbségi (kivételesen halasztott elsőbbségi)

Bővített csomag, III. Szint (szakmakód: 2206 – felnőtt, 2209 – gyermek); III⁺ ellátás: kómás betegek kiemelt ellátása rehabilitációs eséllyel (azonos szakmakód, III+ szint). Tartama: 50 – 150 nap, előfordul azonban a legsúlyosabb betegcsoport esetében, hogy az osztályos fekvőbeteg rehabilitáció egy évig, vagy akár tovább is eltart, ilyenkor optimális esetben hosszabb-rövidebb (néhány napos, hetes) ideig tartó adaptációval (a beteg otthonába bocsátásával) szükséges megszakítani a hosszú bent-fekvéses időszakot.

További ellátási lehetőségek III szinten:

A(1). Kiemelt ellátási szükségletű betegek ismételt (programozható) és kivételesen elsőbbségi rehabilitációja, ha területileg kötelezett kiemelt ellátó helyhiány miatt átmenetileg nem tudja fogadni. Lehetséges REP-ek: 6-1, 8-1, 9-1 polytrauma, 14-1, 15-1 (felnőtt, gyermek), I2200 és 2205 szakmakód

Feltételek elsőbbségi ellátás esetén:

- a területileg illetékes kiemelt ellátó vezetőjének írásban kell nyilatkoznia arról, hogy átmenetileg a betegek nem tudják fogadni, és arról, hogy mikorra várható a felvétel
- amennyiben a fenti állapot két hét alatt nem ürül hely a területileg illetékes kiemelt ellátónál, akkor a nyilatkozatot ismételni szükséges
- ha a beteg nem kíván a területileg illetékes kiemelt ellátó szolgáltatásait igénybe venni, nyilatkoznia kell írásban tanúk előtt, hogy saját felelősségére elfogadja máshol az ellátást és tudomásul veszi, hogy a választott ellátóban nem rendelkeznek minden feltétellel, ami az ő ellátáshoz szükséges lehet
- Amennyiben a fenti okok bármelyik miatt tartósan vagy teljes időtartamában az elsőbbségi ellátása egy betegnek nem a területi ellátásra kötelezett kiemelt ellátóban történik, az ellátás során a finanszírozó jogosult az ellátás folyamatának ellenőrzésére
- Amennyiben II. progresszivitási szinten történő rehabilitációs ellátás során derül fény olyan szükségletre, amely miatt III. progresszivitási szintű ellátás válik szükségessé, a beteg áthelyezése a megfelelő ellátóba a felsorolt szabályok mentén történik.

Feltétel programozható ellátás esetén:

Az elsőbbségi ellátást végző kiemelt rehabilitációs osztálynak nyilatkoznia kell a zárójelentésben arról, hogy az ellátás hol folytatható. Amennyiben a nyilatkozatban szerepel, hogy más III. szintű jogosultsággal rendelkező, az adott speciális ellátásra alkalmas ellátókban folytatható az ellátás.

C(1)Spasztikus betegek rehabilitációs központja tevékenységéhez kötött ellátás: 1-1, 2-1, 2-2, 14-1, 15-1, 18-1, 18-2, 18-4 REP-ekhez sorolható betegek súlyos spaszticitás esetén. Spaszticitás centrumban végzendő az ellátás, ha különleges antispasztikus beavatkozás (intrathecalisbaclofen pumpa, botulinum toxin A kezelés, idegsebészeti műtét – pl. szelektív dorzálisrizotómia) is szükséges és a beteget speciális intézményközi team gondozza (felőtt vagy /és gyermekkorúak). Résztvevő intézmények a rehabilitációs medicina 2200 vagy 2205 III. szintű vagy 2206, 2207, 2209 szakmakódú osztálya és a felsorolt műtétek végzésére jogosult egyetemi idegsebészeti klinika vagy országos intézet, valamint ortopédiai klinika vagy III. szintű osztály.

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: azok a betegek tekinthetők speciális ellátási szükségletűnek a spaszticitást tekintve, akik

- intrathecalisbaclofen tartály beültetést követően kerülnek rehabilitációra (marker OENO kód : 88931 megelőzően illetve időszakosan járóbeteg / fekvőbeteg ellátásban: 88932 és 85705)
- akik pharmacológiaineurectomiában (botulinum toxin A) részesültek vagy részesülnek és egyidejűleg mozgásfogyatékoságuk fennáll (marker OENO gyermekek esetében: 85713)
- akik SDR műtéten estek át megelőzően és intenzív posztoperatív rehabilitációs ellátásban részesülnek
- rehabilitációra alkalmas állapotban vannak, azaz terhelhetők és eredmény várható az ellátástól
- esetében reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- valóban elérték a rehabilitáció során a kitűzött célokat

C(4) Nyelészavart kezelő rehabilitációs központ: 1-1, 14-1, 18-6-os programon belül a kezelhető nyelési zavar vagy egyéb súlyos táplálék felvételi zavar rehabilitációs ellátása (felőtt, gyermek). Résztvevő intézmények a rehabilitációs medicina 2200 vagy 2205 III. szintű vagy 2206 vagy 2209 szakmakódú osztályok és III. szintű fül-orr-gége osztály, nyelészavar diagnosztikában jártas

radiológiai szolgáltató.

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: azok a betegek tekinthetők speciális ellátási szükségletűnek, akik

- rehabilitációt közvetlenül megelőzően vagy a rehabilitáció időszakában az alábbi beavatkozásokon estek át: 12488 vagy 1313E
- a rehabilitáció során táplálékfelvételi zavar miatt olyan beavatkozásokat igényelnek, mint a 95660 és 94200 vagy 94210 vagy / és 94282 vagy 94284
- a rehabilitáció során a súlyos táplálékfelvételi nehezítettséget komplex módon (pszichológiai, ergoterápiás, logopédiai, gyógytorna és fizioterápiás) módszerekkel szükséges megoldani
- rehabilitációra alkalmas állapotban vannak, azaz terhelhetők és eredmény várható az ellátástól
- esetében reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- valóban elérték a rehabilitáció során a kitűzött célokat

C(5) Vesepótló kezelésben részesülők rehabilitációs központja: 11-1 programon belül a vesepótló kezelésre szoruló rehabilitációs szükségleteinek kielégítését végző központ. Résztvevő intézmények a rehabilitációs medicina 2200 vagy 2205 III. szintű vagy 2206, 2207, 2208, 2209, 4004, 1903 szakmakódú osztályok és vesepótló kezelést végző centrum.

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: azok a betegek tekinthetők speciális ellátási szükségletűnek, akik

- vesepótló kezelésben részesülnek vesepótló állomáson heti legalább kétszeri rendszerességgel (marker BNO: Z9920) és ellátásuk 24 órás ápolási szükségletet is megkíván
- valamilyen egyidejűleg fennálló fogyatékoság miatt szorulnak rehabilitációra
- rehabilitációra alkalmas állapotban vannak, azaz terhelhetők és eredmény várható az ellátástól
- esetében reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- valóban elérték a rehabilitáció során a kitűzött célokat

Nappali ellátás: első ellátás során nagyon kivételes esetben a kezdeti szakaszt követően NE vagy JB formában az elsőbbségi rehabilitáció második szakaszában, középsúlyos állapotban – amennyiben a FB ellátónak van NE szolgáltatása

Ismételt felvétel rehabilitációs céllal elsőbbségi rehabilitáció befejezését követően – ismételt elsőbbségi vagy programozható. Ismételt rehabilitáció válhat szükségessé:

- az alapbetegség újabb aktivitásának pl. időközben megjelenő vagy lényegesen romló spaszticitás / kontraktúra /táplálási nehézség / decubitus, másodlagos károsodások miatt kialakuló önellátás képesség romlás okán – **ismételt elsőbbségi**
- Időközben végzett funkciójavító (fv-i vagy av-i, gerinc, stb.) műtétet követően – **programozható**
- terhelhetőség, motiváció javulása, a tudati állapot tisztulása (esetleg több hónapos adaptációt követően) esetén, ha reális rehabilitációs cél kitűzhető - **programozható**
- Időnként szükség lehet újabb speciális gyógyászati segédeszköz kipróbálása (egyedi engedélyeztetése) és használatának betanítása miatt is ismételt felvételre - **programozható**

A súlyos spaszticitás kivételével (spaszticitás centrum) az ellátás a lakóhelyhez közeli II vagy III. szintű ellátóban is történhet.

Ismételt rehabilitáció során az elsőbbségénél felsorolt FNO kódokat kell ismét használni.

Jellemző	Minősítő
1.2. állapot súlyosság a betegek 70-90 %-ára jellemzően (N/Kp/k)	súlyos/közepes
1.3.1. ápolói szükséglet (N/Kp/k)	nagy/közepes
1.4.1. gyógyszer szükséglet (N/Kp/k)	közepes
1.4.2. kötszer és egyéb orvostechnikai anyag szükséglet (N/Kp/k)	közepes
1.4.3. diagnosztikai anyag szükséglet (N/Kp/k)	Közepes/kicsi
3.1. ellátási csomag (alap/bővített)	bővített
3.2. ellátási szint (I/II/III)	III (kiemelt, 2206 v. 2209) v. III speciális, súlyos spaszticitás esetén spaszticitás központban
3.3. ellátás helyszíne (fekvőbeteg/NK/járóbeteg)	fekvő / NE*
3.4. ellátás várható tartama (től – ig)	30-60 nap
Ismételt rehabilitáció várható tartama az elsőbbségi rehabilitáció befejezése utáni (hét/1. év)	
jellemző betegutak	házi orvos /szakorvos 2 osztály szakambulanciája 2 osztály
	saját visszarendelés
	más osztály 2 konzílium után osztályra vagy saját szakambulancián keresztül osztályra

***az elsőbbségi ellátásnál már jelzett kivételes esetekben, középsúlyos állapotban előfordulhat NE Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségleteiről) milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl? Gondozás során JB ellátásban (saját szakambulancia) rendszeres kontroll. Későbbi ellátásban szóba jöhető REP-ek: 2-3; 3-1; 4-1; 9-2; 10-2; 11, 17-3, 18-6; ambuláns: 19-23. a gyermekek korúak növekedése és állapotváltozása miatt tartós ellátás szükséges fenti programok, kivéve 19, 23.**

ellátási szint: FB: II.III , JB: szakambulancia

Rendszerint várható / javasolt /szükségesnek tartott kapcsolódó ellátás: (karbantartás) rekondicionálás tartósan

4. /A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5. / A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1.Változást jellemző teszteredmények: FIM / FNO/ Barthel (kötelező). Gyermekek esetében célskála alkalmazása javasolt.

5.2. Kimeneti jellemzők

Foglalkoztatás: GOS , szükséges a program végén ezzel kapcsolatban nyilatkozni, pl. munkaképes korúak esetén a munkába visszatérés esélye / átképzésre irányítás szükségessége / rehabilitációs járadékra jogosultság esélye

Tanulmányok:

- 20 évesnél idősebbek esetében: átképzés szükségessége / felsőfokú tanulmányát megkezdheti vagy folytathatja / nincs képzési lehetőség
- Iskoláskorúak közül iskolát folytató / egy évvel később folytató / magántanuló / iskolaformát váltó / képzési kötelezett / egyéb
- 7 évnél kisebbek esetében: többségi bölcsődébe v. óvodába járhat / speciális fejlesztőbe járhat / egyéni fejlesztés /képzési kötelezett

Távozás színtere: saját otthona (ahol korábban élt) / másik kórház / szociális ellátó / állami gondozás / egyéb

Önállóság szintje:

- Javult a korábbihoz képest / korábbival azonos, vagy nagyon hasonló/ közepesen csökkent / sokat romlott
- Önellátó életvitelre képes / segítséget igényel, de önellátó /felügyeletet igényel /állandó ápolást igényel

15-1 A gerincvelő traumás és nem traumás sérülése miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja

Elsődleges ellátás: 2207 (felnőtt), 2209 (gyermek) szakmakódú osztályon

További lehetséges ellátás:

A(1) meghatározott esetekben III. szint 2200 (felnőtt) vagy 2205 szakmakód (gyermek)

C(1) súlyos spaszticitás esetén **Spasztikus betegek rehabilitációs központja**.

C(5) vesepótló kezelésben részesülők esetében **Vesepótló kezelésben részesülők rehabilitációs központja**

Egyéb: Plasztikai sebészet (decubitusok műtete miatt), Urológia (neurogén hólyag miatti problémák okán).

Egy gerincvelősérült speciális ellátást igényel mind az akut, mint a subakut, mind a krónikus szakban szinte összes szerv működése területén, mert a sérülés a sérülés szintje alatti összes szervet érinti direkt és/vagy indirekt. A működési zavar kihatással van esetenként a nem bénult területekre is, így az egész szervezet működésére is, amely működési zavar az élet végéig tart. A gerincvelősérültek ellátása a probléma sokrétűsége, az orvostudomány igen sok területét érintő, a szó szoros értelmében complex, multidiscplináris feladat.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség / baleset / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **extrém súlyos/súlyos**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Hunánerőforrás

1.3.1. Ápolói szükségletnagy

1.3.2. Specifikus szakdolgozói szükséglet: bővített csomag: gyógytornász, gyógytestnevelő, pszichológus, szociális munkatárs, ergoterapeuta, ortopéd műszerész, fizioterápiás szakaszisztens, gyógymasszőr, dietetikus,

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: 5 – 10 BNO esetén szükséges gyógyszerek

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: vizelet fertőtlenítők, antibiotikumok ,(esetenként bronchodilatátorok, nyákoldók), harántcsíkolt izom lazítók, hólyaglazítók, véralvadásgátlók, bélmozgatók, kúpok, izomlazítók

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: nagy

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok:

Rehabilitáció során szükséges anyagok: kötszerek a kialakult decubitus méretétől és stádiumától függően, gyakori lepedőcsere, antidecubitus alátétek, matrac helyváltoztatást

segítő eszközök (pl. a bénultságtól függően különböző kerekesszékek, katéterek, nedvszívók)

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet :közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok:

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: hólyag tartalom mérés (pl. tesztcső)

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra? (jellemző betegutak leírása valószínűségi sorrendben): traumatológiai és/vagy idegsebészeti, esetlegesen intenzív osztályról, nem traumás esetben neurológiai osztályról

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

jellemzően **elsőbbségi** rehabilitáció,

3./ A rehabilitációs ellátóhelyre vonatkozó kívánalmak leírása

1.Fekvőbeteg ellátás, elsőbbségi

Bővített csomag, III. Szint. szakmakód: 2207 (felnőtt), 2209 (gyermek), tetrapleg betegek korrai ellátása III+ szint (azonos szakmakód, III+ szint). tartama: paraplég 90 -150 nap, tetraplég 120 – 270 nap

További lehetséges ellátások III szinten:

A(1) Kiemelt ellátási szükségletű betegek ismételt (programozható) és kivételesen elsőbbségi rehabilitációja, ha területileg kötelezett kiemelt ellátó helyhiány miatt átmenetileg nem tudja fogadni. Lehetséges REP-ek: 6-1, 8-1, 9-1 polytrauma, 14-1, 15-1 (felnőtt, gyermek), 2200 vagy 2205 szakmakód

Feltételek elsőbbségi ellátás esetén:

- a területileg illetékes kiemelt ellátó vezetőjének írásban kell nyilatkoznia arról, hogy átmenetileg a betegek nem tudják fogadni, és arról, hogy mikorra várható a felvétel
- amennyiben a fenti állapot két hét alatt nem ürül hely a területileg illetékes kiemelt ellátónál, akkor a nyilatkozatot ismételni szükséges
- ha a beteg nem kíván a területileg illetékes kiemelt ellátó szolgáltatásait igénybe venni, nyilatkoznia kell írásban tanúk előtt, hogy saját felelősségére elfogadja máshol az ellátást és tudomásul veszi, hogy a választott ellátóban nem rendelkeznek minden feltétellel, ami az ő ellátáshoz szükséges lehet
- Amennyiben a fenti okok bármelyik miatt tartósan vagy teljes időtartamában az elsőbbségi ellátása egy betegnek nem a területi ellátásra kötelezett kiemelt ellátóban történik, az ellátás során a finanszírozó jogosult az ellátás folyamatának ellenőrzésére
- Amennyiben II. progresszivitási szinten történő rehabilitációs ellátás során derül fény olyan szükségletre, amely miatt III. progresszivitási szintű ellátás válik szükségessé, a beteg áthelyezése a megfelelő ellátóba a felsorolt szabályok mentén történik.

Feltétel programozható ellátás esetén:

Az elsőbbségi ellátást végző kiemelt rehabilitációs osztálynak nyilatkoznia kell a zárójelentésben arról, hogy az ellátás hol folytatható. Amennyiben a nyilatkozatban szerepel, hogy más III. szintű jogosultsággal rendelkező, az adott speciális ellátásra alkalmas ellátókban folytatható az ellátás.

C(1)Spasztikus betegek rehabilitációs központja tevékenységéhez kötött ellátás: 1-1, 2-1, 2-2, 14-1, 15-1, 18-1, 18-2, 18-4 REP-ekhez sorolható betegek súlyos spaszticitás esetén. Spaszticitás

centrumban végzendő az ellátás, ha különleges antispasztikus beavatkozás (intrathecalisbaclofen pumpa, botulinum toxin A kezelés, idegsebészeti műtét – pl. szelektív dorzálisrizotómia) is szükséges és a beteget speciális intézményközi team gondozza (felnőtt vagy /és gyermekkorúak). Résztevő intézmények a rehabilitációs medicina 2200 vagy 2205 ú. III. szintű vagy 2206, 2207, 2209 szakmakódú osztálya és a felsorolt műtétek végzésére jogosult egyetemi idegsebészeti klinika vagy országos intézet, valamint ortopédiai klinika vagy III. szintű osztály.

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: azok a betegek tekinthetők speciális ellátási szükségletűnek a spaszticitást tekintve, akik

- intrathecalisbaclofen tartály beültetést követően kerülnek rehabilitációra (marker OENO kód : 88931 megelőzően illetve időszakosan járóbeteg / fekvőbeteg ellátásban: 88932 és 85705)
- akik pharmacológiai neurectomiában (botulinum toxin A) részesültek vagy részesülnek és egyidejűleg mozgásfogyatékoságuk fennáll (marker OENO gyermekek esetében: 85713)
- akik SDR műtéten estek át megelőzően és intenzív posztoperatív rehabilitációs ellátásban részesülnek
- rehabilitációra alkalmas állapotban vannak, azaz terhelhetők és eredmény várható az ellátástól
- esetében reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- valóban elérték a rehabilitáció során a kitűzött célokat
- intravesicalis hólyaginfiltráció?

C(5) Vesepótló kezelésben részesülők rehabilitációs központja: 11-1 programon belül a vesepótló kezelésre szoruló rehabilitációs szükségleteinek kielégítését végző központ. Résztevő intézmények a rehabilitációs medicina 2200 vagy 2205 III. szintű vagy 2206, 2207, 2208, 2209, 4004, 1903 szakmakódú osztályok és vesepótló kezelést végző centrum.

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: azok a betegek tekinthetők speciális ellátási szükségletűnek, akik

- vesepótló kezelésben részesülnek vesepótló állomáson heti legalább kétszeri rendszerességgel (marker BNO: Z9920) és ellátásuk 24 órás ápolási szükségletet is megkíván
- valamilyen egyidejűleg fennálló fogyatékoság miatt szorulnak rehabilitációra
- rehabilitációra alkalmas állapotban vannak, azaz terhelhetők és eredmény várható az ellátástól
- esetében reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- valóban elérték a rehabilitáció során a kitűzött célokat

2. Járóbeteg, nappali ellátás: elsőbbségi ellátás során nem jellemző, de kivételesen előfordulhat parapleg betegnél, ha a naponkénti megjelenés biztosítható

Ismételt ellátás rehabilitációs céllal elsőbbségi rehabilitáció befejezését követően, programozható

Ismételt rehabilitáció válhat szükségessé későbbi, nem akut szövődmény – főként decubitus, kontraktúra, sensoros és/vagy motoros és/vagy vegetatív funkció romlás, salakanyag ürítés megváltozása, interkurrens betegség, pszichés romlás miatt. Időközben végzett funkciójavító (fv-i vagy av-i) műtétet követően (3-1-es REP is lehet!) és általános állapot romlás után, kondíció megtartása érdekében is, a hazai közlekedési viszonyok miatt. Szükség lehet újabb speciális

gyógyászati segédeszköz kipróbálása (egyedi engedélyeztetése) és használatának betanítása miatt és a munkába visszaálláshoz szükséges testi és pszichikai felkészítésre is szükség lehet az ismételt felvételre.

FNO "b" (5 kötelezően kódolandó)	FNO "d" (5 kötelezően kódolandó)
b810 (bőr védőfunkciói)	d230 (napi rutinfeladatok elvégzése)
b730 (izomerő funkciók)	d630 ételkészítés
b620 (vizeletürítési funkciók)	d175 problémák megoldása
b735 (izomtónus funkciók)	d465 (helyzetváltoztatás segédeszköz használatával)
b525 (székletürítési funkciók)	d475 járművezetés
Kiegészítő FNO-k: b715 ízületek stabilitási funkciói b530 testsúlymegtartási funkciók b640 szexuális funkciók b710 (izületek mobilitási funkciói)	Kiegészítő FNO-k: d850 pénzügyes foglalkozás d240 (stressz és más pszichés terhek kezelése)

Jellemző	minősítő	
	fekvőbeteg	járóbeteg / nappali
1.2. állapotsúlyosság a betegek 70-90 %-ára jellemzően (N/Kp/k)	súlyos/közepes	enyhe
1.3.1. ápolói szükséglet	nagy/közepes	
1.4.1. gyógyszer szükséglet	közepes	
1.4.2. kötszer és egyéb orvostechnikai anyag szükséglet	közepes/kicsi	
1.4.3. diagnosztikai anyag szükséglet	kicsi	
3.1. ellátási csomag (alap/bővített)	bővített	bővített
3.2. ellátási szint (I/II/III)	III, III (kiemelt, 2207, 2209).	II (FB-t is végző szakambulancián)
3.4. ellátás várható tartama (től – ig)	30-60 nap	NE: 3-5 hét, JB: 15-40 alkalom
Ismételt rehabilitáció várható tartama az első évben (hét/1. év)	változó	
Ismételt rehabilitáció várható tartama a második évben (hét/2. év)	változó	
jellemző betegutak	1.háziorvos	
	2.szakrendelés	
	3.rehabilitációs ambulancia	

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségleteiről) milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl?Egyéb REP-ek: 3-1 (felsővégtagi funkciójavító műtét esetén!), 4-1, 19,20,21,25.

12 hónapon belül várható /javasolt /szükségesnek tartott kapcsolódó ellátás: (karbantartás) rekondicionálás – pszichés okok, decubitus, hólyagürítési zavar, ízületi contractura megelőzés, felső végtag funkció romlás, helyváltoztatóképesség romlás miatt,

1 év után neuro-urológiai kontroll, kondicionálás, spasmus kontroll management, HO megoldása, felső végtag funkciójavítás (konzervatív-operatív), szexuális és fertilitási problémák,

4. A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5./ A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1. Változást jellemző teszteredmények Barthel, FNO, FIM, ASIA vagy Frankel (kötelező).

Gyermekek esetében célskála alkalmazása javasolt.

5.2. Kimeneti jellemzők: Közlekedőképesség; Önellátási képesség, ürítési funkciók

TÁVOZÁSKOR: javaslat

- a szükséges segédeszközökről, azok beszerzéséről (már a fekvőbeteg ellátó helyen beszerzett és használatra begyakorolt eszközök) azok otthoni használatáról,
- szűkebb és tágabb környezet szükséges átalakítása, jogosítvány,
- otthoni életmódi tanácsok mind a fogyatékos ember, mind környezete számára
- javaslat az alapellátás felé
- dokumentálni az elindított szociális és egyéb ellátás (leszázalékolás, közgyógy ellátás, baleseti sérült ellátás, egyéb anyagi és tárgyi juttatások, házi szociális gondozás, szociális otthoni elhelyezés, parkolási igazolvány, stb.) távozáskori állapotát

Rehabilitációs Ellátási Programok kardiológiai rehabilitációban

16-1 Rehabilitációs Ellátási Program szívizom infarktus után

16-2 Rehabilitációs Ellátási Program szívműtét/érműtét után észlelt funkciózavar/ fogyatékoság miatt

16-3 Rehabilitációs Ellátási Program egyéb szívbetegséggel élőknél

Elsődleges ellátás: 4003 szakmakódú osztályokon

Speciális ellátások: A(3) nagykockázatú szívbeteg rehabilitációs ellátása, C(3) Szívtranszplantáltak Rehabilitációs Központjában történő ellátás, továbbá C(5) Vesepótló kezelésben részesülők rehabilitációs központban vagy C(6) Szakmaközi Rehabilitációs Centrumban történő ellátás meghatározott esetekben

16-os REP-ok közös jellemzői

FNO besorolás

SZABÁLYKÖNYV

Rehabilitációs ellátás jellemzői	REP 16-1 AMI	REP 16-2 műtétek utáni	REP 16-3 egyéb állapotok
Rehabilitáció típusa jellemzően	Elsőbbségi	Elsőbbségi	Programozható
Első ellátás színhelye jellemzően	Fekvőbeteg* Ambuláns vagy Nappali ellátás	Fekvőbeteg	Fekvőbeteg* Ambuláns vagy Nappali ellátás
Fekvőbeteg* ellátás szintje elsőbbségi rehabilitációnál	I - III**	II / III**	I-III**
Tartama (nap)	14-28	14-21(28); 21-35*	
Első járóbeteg ellátás szintje elsőbbségi / programozható rehabilitációnál	I-II	II	II-III**
Tartama (nap)	14-21	14-21	7-14/21
Első (elsőbbségi / programozható) rehabilitációs ellátás igénye és szintje	Alapcsomag, fekvőbeteg I szint vagy ambulancia II. szint	Bővített csomag fekvőbeteg II. szint	Alapcsomag fekvőbeteg I. szint vagy ambulancia (II. szint)
Alapcsomag tartalma	➤ Rizikó sztratifikáció (4.A. Táblázat 1. oszlopa) ➤ Mozgáskezelés (4.A. Táblázat 2. oszlopa) ➤ Egyéb terápia (4.A. Táblázat 1. oszlopa)		
Bővített csomag tartalma	Fentiek + EKG monitorozott mozgáskezelések, kiegészítő fizioterápia, tankönyv (ld. táblázat)		
Bővített csomagot igényel bármelyik 16-os REP esetén	➤ Magas kockázatú (rizikó stratifikációban NYHA III-IV, CCS III-IV) ➤ Halmazott társbetegség (beleértve mozgásszervi betegségeket is, >3 társbetegség)		
Rehabilitáció folytatása	Igen	változó	változó

általában szükséges			
Folytatása	Ambuláns II. szint Nappali ellátás	Ambuláns II. szint Nappali ellátás	Ambuláns II. szint Nappali ellátás
Ismételt ellátás általában	Fekvőbeteg* Ambuláns Nappali ellátás	Fekvőbeteg* Ambuláns Nappali ellátás	Ambuláns Nappali ellátás
Ismételt ellátás specifikumai	Gyakran kevesebb diagnosztikus igény Kisebb oktatási igény Intenzívebb, komplexebb mozgásprogram		

* Ellátás fekvőbeteg formában javasolt: (1) a beteg szövődményei, társbetegségei (>3 társbetegség); (2) magas ritmuszavar vagy ischaemia rizikójú betegnél; (3) ha szakambulanciához a hozzáférés a kellő intenzitású terápiával (napi rendszeresség) nem biztosítható.

****III. szintű ellátás.**

A(3) Szívelégtelenség miatt vagy szívinfarktus után lévő nagykockázatú szívbeteg rehabilitációs ellátása. Lehetséges REP-ok: 4003 szakmakód, 16-1, 16-3.

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: Ebbe a kategóriába azok a betegek sorolhatók, akiknek az állapota megfelel az alábbi kritériumoknak:

- a beteg releváns NYHA (III vagy IV) illetve CCS (III. vagy IV) stádiumban van, tehát súlyos állapota miatt rehabilitációja során fokozott figyelmet és nagyobb felkészültséget igényel
- a beteg rehabilitációra alkalmas állapotban, azaz terhelhető és eredmény várható az ellátástól
- a betegnél reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- a beteg valóban elérte a rehabilitáció során a kitűzött célokat

C(3) Szívtranszplantáltak rehabilitációs központja: Résztvevő intézmények a rehabilitációs medicina 16-2 REP-et végző 4003 III. szintű osztálya és a transzplantációt végző sebészeti intézmény.

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: azok a betegek tekinthetők speciális ellátási szükségletűnek, akik

- szívtranszplantáción estek át 1 éven belül és
- rehabilitációra alkalmas állapotban vannak, azaz terhelhetők és eredmény várható az ellátástól
- esetében reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- valóban elérték a rehabilitáció során a kitűzött célokat

(C) 6 Szakmaközi rehabilitációs központ: Több szubdiszciplína (alaptevékenység – szakmakód 2200, kardiológiai –szakmakód 4003, tüdőgyógyászati és légzésrehabilitáció – szakmakód: 1903) által nyújtható rehabilitációs ellátásokra egyidejűleg (amiből legalább az egyik területen elsőbbségi rehabilitáció szükséges) szoruló betegek ellátásával foglalkozó rehabilitációs centrumok, ahol a felsorolt három területből legalább kettő feltételei adva vannak.

Ellátási feltételek kétféle (két elsőbbségi vagy elsőbbségi és programozható) rehabilitáció esetében: A többféle rehabilitációs ellátási szükségletet célszerű előzetesen felmérni és olyan osztályon elkezdni a rehabilitációt, ahol a szakmaközi team feltételei fennállnak, azonban a

betegek kettős ellátásának ténye utólagos ellenőrzést igényel. Azok a betegek tekinthetők kétféle speciális ellátási szükségletűnek, akik

- a priméren elsőbbségi rehabilitációt legalább II. progresszivitási szinten szükségessé tevő bármely REP-be sorolt állapotuk szerint illetékes III. szintű jogosultsággal rendelkező osztályon vannak ellátva és
- esetében a másik szakmai területet érintő fogyatékoságuk miatt is szükséges a másik szakterület szakembereinek részvételével egyidejűleg elsőbbségi vagy programozható rehabilitációjuk II. progresszivitási szinten
- rehabilitációra alkalmas állapotban vannak, azaz terhelhetők és eredmény várható mindkét ellátástól
- esetében reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitáció időszakában mindkét területen (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- valóban elérték a rehabilitáció során a kitűzött célokat mindkét területen

4. A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

A tréning EKG monitorozása javasolt mindazon betegeknek, akik:

NYHA III-IV funkcionális osztályba sorolhatók

Terheléses vizsgálatuk alacsony szinten (< 6 METS) pozitív, vagy vérnyomásesést vagy nem tartós kamrai tachycardiát okozott

Akik magas aritmia kockázatúak, vagy akik kórtörténetében (akut eseménytől vagy intervenciótól független) cardiac arrest szerepel

Akiknél a fizikai tréninget az orvos átlag feletti kockázatúnak, de fokozott felügyelet mellett kivitelezhetőnek ítéli

Akik a tréning előírásaival csak fokozott felügyelet mellett azonosulnak

Minden igazoltan ischaemiás szívbeteg személynél ellenőrizni kell a secunder prevenció gyógyszereket (thrombocytá aggregáció gátlók, béta-blokkoló, ACE-gátló, ARB, statin) jelenlétét, célértékek elérését.

5. A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1./ Változást jellemző teszteredmények

1. FNO, FIM, Barthel, Funcionális kapacitás jellemzése mért vagy becsült oxigénfogyasztás megadásával, NYHA (kötelező)
2. CCS (opcionális, II-III szintnél kötelező)

5.2. / Kimeneti jellemzők

Távozás színtere:

saját otthona (ahol korábban élt) / másik kórház / szociális ellátó / állami gondozás / egyéb

Önállóság szintje:

- a. Javult a korábbihoz képest / korábbival azonos, vagy nagyon hasonló / közepesen csökkent / sokat romlott
- b. Teljesen önálló / segítséget igényel, de önálló / felügyeletet igényel / állandó ápolást igényel

Életminőség: : rutinszerű felmérése nem szükséges, opcionálisan Sf-36

**A TOVÁBBIAKBAN AZ EGYES 16-OS CSOPORTBA TARTOZÓ REP-EK EGYEDI JELLEMZŐI
KÖVETKEZNEK**

16-1 Rehabilitációs Ellátási Program szívizom infarktus után

ST-elevációs és nem ST elevációs akut koronária szindróma (instabil angina, szívizom infarktus) miatt kezelt betegek rehabilitációja. Célja a betegség okozta fogyatékoság csökkentése (a fizikai terhelhetőség, életminőség, tevékenység és részvétel javítása), egészségtudatos magatartás kialakításán keresztül a betegség progressziójának lassítása, a betegség megismertetésén keresztül a hosszútávú együttműködés elérése, a panaszok/tünetek eredményes értékelésének elsajátítása. Magában foglalja a rizikó sztratifikációt, a mozgásprogramot, a társbetegségek kezelését, betegoktatást és egészséges magatartás kialakítására irányuló intervenciókat (életmódi, diétás, pszichológiai képzés, dohányzásról lemondást segítő programok).

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség / baleset / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **közepesen súlyos**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humánerőforrás szükséglet:

1.3.1 Ápolási szükséglet: kicsi

1.3.2. Specialista szükséglet:

alapcsomag (I. szint) : gyógytornász/ergoterapeuta, dietetikus, pszichológus, szociális munkatárs

bővített csomag (II.szint) egészségnevelő, okleveles dohányzás tanácsadó

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: **közepes**

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: ASA, Thienopyridin, LMWH, ACE/ARB., Béta-blockoló, Antilipaemiás th., Ca-antagonista, Nitrát, Más antianginás th., Más antihipertenzív th.

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: Megegyeznek az alapbetegség miatt adottakkal

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: **kicsi**

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok:

Rehabilitáció során szükséges anyagok: EKG elektróda

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: **közepes**

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok/eljárások:

EKG, Terheléses EKG/Terheléses echocardiographia/Spiroergometria, Echocardiographia, EKG-Holter, ABPM, Laboratóriumi vizsgálatok, Vércukor D-Cont, Mellkas-RTG

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok:

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra? (jellemző betegutak leírása valószínűségi sorrendben) Jellemzően az akut ellátás során indikálják a rehabilitációs kezelést. Ha ez nem történik meg akkor háziorvos, szakrendelés is kezdeményezheti. Gyakori a direkt áthelyezés rehabilitációs osztályra.

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Elsőbbségi rehabilitáció, optimális esetben közvetlen áthelyezés de max. 4 héten belül kell megkezdeni

Rehabilitáció során szükséges anyagok: Sebkezeléshez szükséges szakmai anyagok, fásli, inspirációs trainer

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: *közepes* / *kicsi*

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok/eljárások:

EKG, Echocardiographia, Laboratóriumi vizsgálatok, Mellkas-RTG, EKG-Holter, Vércukor D-Cont, ABPM.

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: Előzővel egyező

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra? (jellemző betegutak leírása valószínűségi sorrendben)

Jellemzően az akut ellátás során indikálják a rehabilitációs kezelést. Ha ez nem történik meg akkor háziorvos, szakrendelés is kezdeményezheti. Döntő többségben direkt áthelyezéssel érkezik a beteg a rehabilitációs ellátóhelyre.

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Elsőbbségi rehabilitáció, optimális esetben közvetlen áthelyezés de max. 2-4 héten belül kell megkezdeni. A szív transzplantáltak rehabilitációs ellátása, valamint a súlyos eseteké (több társbetegség, szövődmények) speciális III. szintű ellátást igényelnek, ahol nagyobb a diagnosztikus és terápiás lehetőség (szubintenzív osztály). Optimális esetben az akut ellátást nyújtó kérésére, direkt áthelyezéssel, de kezdeményezheti szakrendelés, háziorvos is. (Az időhatáron túli esetek programozható kezelés keretében elláthatók)

16-3 Rehabilitációs Ellátási Program egyéb szívbetegséggel élőknel

1. Bármely okból kialakult szívelégtelenséggel élő betegek rehabilitációja. Magában foglalja az állapotfelmérést, a mozgásprogramot, a gyógyszeres/nem gyógyszeres terápia optimalizálását, a társbetegségek kezelését és a betegség-specifikus betegoktatást. Egyidejűleg az egészséges magatartás kialakítására irányuló intervenciókat (életmódi, diétás, pszichológiai képzés, dohányzásról lemondást segítő programok) is szolgáltatathatók.

2. Olyan betegek rehabilitációja, akik krónikus angina pectorisszal élnek. Célja a betegség okozta fogyatékoság csökkentése (a fizikai terhelhetőség, életminőség, tevékenység és részvétel javítása), egészségtudatos magatartás kialakításán keresztül a betegség progressziójának lassítása, a betegség megismertetésén keresztül a hosszútávú együttműködés elérése, a panaszok/tünetek eredményes értékelésének elsajátítása. Magában foglalja a rizikó stratifikációt, a mozgásprogramot, a társbetegségek kezelését, betegoktatást és egészséges magatartás kialakítására irányuló intervenciókat (életmódi, diétás, pszichológiai képzés, dohányzásról lemondást segítő programok).

3. Olyan betegek rehabilitációja, akik pacemaker (beleértve az implantálható kardioverter defibrillátort is) beültetésen estek át. Szívelégtelenség fennállása esetén a beteg a "Rehabilitáció szívelégtelenséggel élőknel (beleértve az ICD implantáció, transzplantáció utáni állapotot)" protokollba sorolandó. Magában foglalja az állapotfelmérést, a mozgásprogramot, a társbetegségek kezelését és a betegség-specifikus betegoktatást. Egyidejűleg az egészséges magatartás kialakítására irányuló intervenciókat (életmódi, diétás, pszichológiai képzés, dohányzásról lemondást segítő programok) is szolgáltatathatók.

4. Tervezett perkután koszorúér intervenciók, katéteres szívbillentyű műtétek, ritmus-és vezetési zavar katéteres megoldása, intra- és extrakardiális kommunikációk zárása és nyitása, egyéb katéteres szívűtétek utáni rehabilitáció. Magában foglalja az állapotfelmérést, a mozgásprogramot, a társbetegségek kezelését és a betegség-specifikus betegoktatást, atheroszklerotikus alapbetegség esetén egyidejűleg az egészséges magatartás kialakítására irányuló intervenciókat (életmódi, diétás, pszichológiai képzés, dohányzásról lemondást segítő programok) is.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség / baleset / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. **Állapot-súlyosság:** A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **közepesen súlyos / enyhe**

SZABÁLYKÖNYV

1.3 Humánerőforrás szükséglet:

1.3.1 Ápolási szükséglet: kicsi

1.3.2 Specialista szükséglet:

alapcsomag (I.szint): gyógytornász, ergoterapeuta, dietetikus, pszichológus, szociális munkatárs

bővített csomag (II.szint): egészségnevelő, okleveles dohányzás tanácsadó, pacemaker programozásban jártas orvos

1.4. Fogóanyag szükséglet:

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: **közepes / kicsi**

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: ASA, Thienopyridin, Orális antikoaguláns th., ACE/ARB., Béta-blokkoló, Antilipaemiás th., Ca-antagonista, Nitrát, Más antianginás th., Más antihypertensív th., Antialtoszteron th., Ivabradin.

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: Megegyeznek az alapbetegség miatt adottakkal

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet : *kicsi*

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok:

Rehabilitáció során szükséges anyagok: EKG elektróda

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: *közepes / kicsi*

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok/eljárások:

EKG, Terheléses EKG/Terheléses echocardiographia/Spiroergometria, Echocardiographia, EKG-Holter, Laboratóriumi vizsgálatok, Vércukor D-Cont, Mellkas-RTG, ABPM

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok:

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra? (jellemző betegutak leírása valószínűségi sorrendben)

- Programozható ellátás. Jellemzően háziorvos, szakrendelés is kezdeményezi állapotromlás, keringési elégtelenség, angina pectoris miatti fekvőbeteg ellátás után. Elsőbbségi rehabilitációként szolgáltatható szívelégtelenség első felismerése, szívelégtelenség miatti fekvőbeteg ellátás után, ha a beteg állapota már stabilizálódott akkor, amikor az akut ellátó kezdeményezi.

Egyéb: angina pectoris esetén

Ellenőrizni kell a secunder prevenciók gyógyszerek (thrombocyta aggregáció gátlók, béta-blokkoló, ACE-gátló, ARB, statin) jelenlétét.

- Elsőbbségi rehabilitációként szolgáltatható ICD/PM implantáció után, amit az akut ellátó kezdeményezhet. Programozható ellátás: Jellemzően háziorvos, szakrendelés is kezdeményezi állapotromlás miatt.

- Elsőbbségi rehabilitációként szolgáltatható percutan intravascularis intervenciók után 4 héttel az akut ellátást követően, optimális esetben az akut ellátást nyújtó kérésére, direkt áthelyezéssel, de kezdeményezheti szakrendelés, háziorvos is.

17-1 TBC következtében kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási program

Ellátási szakmakód: 1903, szint: I, szakmakód: 2205, szint I. (gyermek)

Tbc a Mycobacterium tuberculosis által okozott krónikus bakteriális fertőzés, mely általában a tüdőt betegíti meg, de ritkán más szerveket is érinthet. A fertőzés inhaláció útján terjed. Az infekcióra predisponáló tényezők az immunrendszer károsodásával járó állapotok (betegségek/élvezeti szerek abuzusa / immunrendszer befolyásoló gyógyszerek tartós alkalmazása). A betegség következményeként légzőszervi- (obstruktív, restriktív vagy vegyes ventilációs zavar), és (társbántalmak, hosszú időtartamú gyógyszeres kezelés mellékhatásaként) egyéb szervi károsodások (máj, bélrendszer, stb) alakulhatnak ki. A rehabilitáció, melyre az aktív ellátást követően kerül sor, elősegíti a beteg fizikai állapotának javulását, terhelési kapacitásának optimalizálását, a rizikófaktorok (dohányzás, alkohol- drogabuzus, rossz higiénés körülmények) eliminálását, továbbá a beteg és környezetének edukációját, pszichoszociális támogatását, mely a szekunder prevenciót szolgálja. Cél a beteg önellátási képességének biztosítása, relapszus elkerülése (lehetőség szerinti munkaképesség visszaállítása).

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség / baleset / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. **Állapot-súlyosság:** A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **súlyos** / **közepesen súlyos** / **enyhe**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás

1.3.1. Ápolói szükséglet: közepes

1.3.2. **Specifikus szakdolgozói szükséglet: alapsomag:** fizioterápiás szakasszisztens, gyógytornász, szociális munkás, pszichológus, dietetikus, **pedagógus**

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: Isonicid, Pyrazinamid, Ethambutol, Streptomycin, Rifampicin, Polyresistens tbc esetén fentiek kiegészülhetnek speciális ellátás 00027 rendelet szerint: OENO Kód: 85900-85905

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: fentiek kiegészülve tápláltsági állapot javítását célzó gyógyszerekkel, táplálékkiegészítőkkel, vitaminokkal és a légzőszervi tünetek, maradványtünetek miatt indikált szerekkel: **hőrgtágítók, köptetők, nyákoldók, mucoregulánsok, oxigén, gyulladáscsökkentők.**

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt a rehabilitáció alatt is gyakran szükséges anyagok: maszk, egyszerhasználatos köpeny, kesztyű, higiénés rendszabályok betartása, fertőtlenítés.

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: nincs speciális igény

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: nincs speciális igény

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

Közvetlenül akut kórházi osztályról, szakambulanciáról, háziorvosi praxisból, nem akut kórházi osztályról

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Aktív ellátást követően **programozható**, de időben előre sorolandó

3./ A rehabilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak leírása

1.Fekvőbeteg ellátás – súlyos állapotban, alapsomag, I. szint. Tartama: **14-60 nap**,

2. Járóbeteg ellátás – középsúlyos, enyhe állapotban (ez a gyakoribb). Alapsomag, szakrendelő (I. szint). Tartama: **14-60 nap**

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségletéről) milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl?

Program(ok): 3 havonta kontroll, állapotfelmérés, sze. terápiás terv módosítás

Ellátási szint: Járóbetegellátásban

6 hónapon belül várható /javasolt/szükségesnek tartott kapcsolódó ellátás: (karbantartás) rekondicionálás

4. / A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban - alapsomag

SZABÁLYKÖNYV

5. / A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1. Változást jellemző teszteredmények: Barthel, FNO, FIM, negatív bakteriológiai státusz (kötelező), BMI, standardizált járásteszt (**6 perc**), életminőség kérdőívek, , (opcionális)

a.) **Felmérések:** Bakteriológiai státusz, radiológiai státusz, légzésfunkció - **FEV1ref%, VCref%, CAT, MMRC**, standardizált járásteszt

b.) **Céltértek meghatározása (célskála):** negatív bakteriológiai státusz, testsúlycsökkenéssel járó esetben (BMI 21 kg/m²) BMI növekedése a kiindulási értékhez képest,

Betegoktatás: **a beteg és környezetének (családtagok) oktatása**, rizikófaktorok ismertetése, higiénés rendszabályok ismertetése,

Társbántalmak következményeinek felmérése, ezek kezelése/gondozása

Pszichés és szociális támogatás az önellátási és munkaképesség visszaállítása céljából

5.2. Kimeneti jellemzők

Gyermekkorúaknál: a közösségbe való visszatérés és beleilleszkedés elősegítése, iskoláskor előtti és iskolai rehabilitáció

Munkaképes korosztálynál: a foglalkozás ismeretében szükség lehet foglalkozási rehabilitáció irányításra,

Szociális szükséglet: Idős, segítségre szoruló esetben házi szociális szolgálattal való kapcsolatfelvétel, egyéb szociális lehetőségek.

17-2 Krónikus obstruktív légzőszavarok következtében kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási program

Ellátási szakmakód: 1903, szint: I, , szakmakód: 2205, szint I. (gyermek)

A krónikus, obstruktív jellegű légzőszavarral járó tüdőbetegeségeket döntően a légúti áramlás korlátozottsága jellemzi, melyet a tüdő gyulladásos reakciója okoz. A polyaetiológiájú kórkép közül leggyakoribb felnőtt korban a COPD, gyermekkorban pedig az allergiás asztma.

A krónikus obstruktív légúti betegség (COPD) megelőzhető és kezelhető, túlnyomóan irreverzibilis bronchiális obstrukció, **emphysema** jellemző. A légúti áramlás csökkenés rendszerint progresszív és a tüdő kóros gyulladásos reakciójának a következménye, ami szövetkárosító gázok és részecskék - döntő mértékben dohányfüst – hatására alakul ki. A betegséget jelentős szisztémás elváltozások is kísérik (cachexia, vázizomvesztés, osteoporosis, depresszió, anaemia, növekvő kardiovaszkuláris betegségkockázat).

Az asztma kialakulásában az örökletes hajlam és a predispozíciós tényezők egyaránt szerepet játszanak, a kiváltó ok legtöbbször környezeti allergén okozta szenzitizáció. Számos gyulladásos sejt, főként az eosinophilok és az általuk termelt mediátorok kiváltotta hármashörgőreakció: simaizomgörcs, oedema és fokozott nyákszekréció. A légúti hyperreaktivitás aspecifikusan is manifesztálódik, hyperventilláció, bármilyen légszennyeződés hatására. Panaszmentes állapotban is általában fennáll egy latens obstruktív légzőszavar, mely újabb környezeti ingerekre azonnal reagál, száraz ingerköhögéssel, sípoló légzéssel, dyspnoéval, mellkasi dyscomfort érzéssel. A gyakran visszatérő epizódok napszaktól függetlenül jelentkezhetnek, spontán vagy gyógyszeres kezelés hatására legtöbbször reverzibilis formában.

A rehabilitáció elősegíti a beteg fizikai állapotának javulását, terhelési kapacitásának optimalizálását, a rizikófaktorok (dohányzás) eliminálását, és a beteg és környezetének (elsősorban család) oktatását, mely a szekunder prevenciót szolgálja. Cél a közösségbe való visszatérés és beleilleszkedés elősegítése, az önellátási képesség mielőbbi javítása és biztosítása, relapszus elkerülése (lehetőség szerinti), kiskorúaknál az oktatási intézménybe való visszatérés, felnőtteknél pedig a munkaképesség visszaállítása.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1.Betegség / baleset / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: súlyos/közepesen súlyos/enyhe

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás

1.3.1. Ápolói szükséglet: közepes

1.3.2. Specifikus szakdolgozói szükséglet: **alapsomag**: fizioterápiás szakasszisztens, gyógytornász, szociális munkatárs, pszichológus, dietetikus, diabetológiai szakápoló, **pedagógus- edukátor**

1.4. Fogóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: közepes/nagy

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek kiegészülve légzőszervi tünetek, maradványtünetek miatt indikált szerekkel: hörgőtágítók, expectoránsok, oxigén supplementáció, gyulladáscsökkentők, tápláltsági állapot javítását célzó gyógyszerek, táplálékiegésztők, vitaminok

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: légzésfunkciós vizsg-hoz szükséges anyagok
Rehabilitáció során szükséges anyagok: KS pipa, légzőizom tréner, PEP maszk, vibrációs mellény

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: köpetcsésze, légzésfunkcióhoz szájsutóra, baktériumszűrő

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: KS pipa, elasztikus szalagok, be- és kilégzőizom tréner, PEP maszk, futószőnyeg járásteszt elvégzéséhez

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

Közvetlenül akut kórházi osztályról, szakambulanciáról, háziorvosi praxisból, nem akut kórházi osztályról

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan? programozható (kivételesen az időfaktornak szerepe lehet)

3. / A rehabilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak leírása

1. Fekvőbeteg ellátás – súlyos és közepesen súlyos állapotban, **alapcsomag, I. szint. Tartama: 14-28 nap;**

2. Járóbeteg ellátás – enyhe állapotban és folytatólagos ellátásban, **alapcsomag I. szint. Tartama: 14-21 nap**

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségleteiről) milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl?

Tennivalók: A rehabilitációs program elkezdését követően 2 hónap múlva a hatásosság felmérése. 6 havonta kontroll, állapotfelmérés, sze. terápiás tervmódosítás. A kórházi kezelést követően felügyelt keretek között végzett rehabilitáció a Tüdőgondozói hálózatban, járóbetegellátás keretei között folytatható.

Ellátási szint: Járóbetegellátásban, szakrendelő (I. szint)

A beteg otthonában a program fenntartása, 6 havonta ellenőrzés funkcionális állapotfelméréssel.

12 hónapon belül várható /javasolt /szükségesnek tartott kapcsolódó ellátás: (karbantartás) rekondicionálás

4. / A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5. / A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1. **Változást jellemző teszteredmények: FIM, Barthel, FNO, Nyugalmi légzésszám,** légzésfunkciós paraméterek -FEV1ref%, VCref%, CAT, MMRC (kötelező), spiroergometriás paraméterek, **standardizált 6 perces járásteszt,** életminőség kérdőív (opcionális), n

5.2. Kimeneti jellemzők: Nyugalmi légzésszám, Légzésfunkciós paraméterek - FEV1ref%, VCref%, CAT, MMRC, Spiroergometriás élettani változók, 6 perces járásteszt eredménye

17-3 Restriktív légzészavarok következtében kialakult funkciózavar / fogatékosság miatt szükséges rehabilitáció ellátási program

Ellátási szakmakód: 1903, szint: I-II (felnőtt), szakmakód: 2205, szint I-II (gyermek)

Restriktív ventilációs zavar kialakulhat a tüdőszövetet érintő intersticiális tüdőbetegség következményeként, vagy a mellkasváz súlyos rendellenessége miatt (veleszületett vagy szerzett deformitás, degeneratív ízületi betegségek, műtéti beavatkozások), vagy a légzőizmok súlyos (veleszületett vagy szerzett) neurológiai és/vagy izomeredetű betegségeiben. Az intersticiális tüdőbetegségekben az alveolo-kapilláris blokk következtében károsodik a gázcsere (diffúziós kapacitás csökken). A neurológiai eredetű restriktív kórképek beidegzési rendellenességek vagy kiesett idegfunkció következtében kialakuló izomműködési zavar következményei.

Gyermekeknél speciális kórformák is létrejöhetnek, mint pl. újszülöttkori, éretlenségből adódó és az oxigén kezeléssel szoros összefüggést mutató tüdődysplasia, a speciális -, alveoláris vagy a bronchus rendszert érintő allergiás betegségek, valamint az autoimmun folyamatokhoz társuló restriktív tüdőelváltozások. Életkortól függetlenül, a szöveteket károsító gyógyszeres kezelés iatrogen tüdőfibrosishoz is vezethet.

A restriktív ventilációs zavarban szenvedő betegek terhelési kapacitása beszűkül, munkadyspnoe, majd súlyos esetben nyugalmi dyspnoe jön létre, mely az életminőséget rontja, az önellátást veszélyezteti. A betegség és a hosszútávú gyógyszeres kezelés mellékhatásaként társbántalmakkal kell számolni (csontrendszer, cardiovascularis rendszer, hepar, gastrointestinális rendszer, stb). A rehabilitáció, melyben a beteg és környezetének (elsősorban család) oktatása kiemelt jelentőségű, elősegíti a páciensek fizikai állapotának javulását, terhelési kapacitásának optimalizálását, a rizikófaktorok (inhalatív ártalmak, dohányzás) eliminálását és mely a szekunder prevenciót szolgálja.

Cél a közösségbe való visszatérés és beleilleszkedés elősegítése, az önellátási képesség mielőbbi javítása és biztosítása, relapszus elkerülése (lehetőség szerinti), kiskorúaknál az oktatási intézménybe való visszakerülés, felnőtteknél pedig a munkaképesség visszaállítása.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség / baleset / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogatékosság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: súlyos / közepesen súlyos / enyhe

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás

1.3.1. Ápolói szükséglet közepes

1.3.2. Specifikus szakdolgozói szükséglet: alapsomag fizioterápiás szakasszisztens, gyógytornász, szociális munkatárs, pszichológus, dietetikus, diabetológiai szakápoló és pedagógus -edukátor; bővített csomag ergoterapeuta,

1.4. Fogóanyag szükséglet:

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: közepes/nagy

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: metilprednizolon, hatástalanság esetén alternatív terápia: Cyclophosphamid, Azathyoprin, kiegészülve tápláltsági állapot javítását célzó gyógyszerekkel, táplálékkiegészítőkkal, vitaminokkal,

Myasthenia esetén: Mestinon (piryostigmin), ALS esetén Rilutec (riluzole)

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: és légzőszervi tünetek, maradványtünetek miatt indikált szerekkel: hörgőtágítók, expectoránsok, oxigén suplementáció, gyulladáscsökkentő.

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: légzésfunkciós vizsgálatokhoz szükséges fogyóanyag

Rehabilitáció során szükséges anyagok: KS pipa, légzőizom tréner

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet : közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: légzésfunkcióhoz szájsutóra, baktériumszűrő

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: KS pipa, elasztikus szalagok, be- és kilégzőizom tréner, futószőnyeg járás teszt elvégzéséhez

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra? (jellemző betegutak leírása valószínűségi sorrendben), közvetlenül akut kórházi osztályról, szakambulanciáról, háziorvosi praxisból, nem akut kórházi osztályról

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan? programozható a gondozás során, de előre sorolandó ha a légzészavar hirtelen jelentősen romlik, elsősorban neuro-muscularis betegekben

3. A rehabilitációs ellátóhelyre vonatkozó kívánalmak leírása

1.Fekvőbeteg ellátás –

közepesen súlyos, enyhe állapotban: **alapcsomag – I. szint; Tartama: 14-28 nap**

súlyos állapotban: bővített csomag – II. szint: ha súlyos neuromuscularis betegségben jelentős romlás következik be – ekkor klímaterápia, átmeneti O2 kezelés is szükséges lehet, illetve ha úszásterápia vagy / és ergoterápia is szükséges és az alábbi állapotok is fennállnak: I2790 Cor pulmonale J9690 Légzési elégtelenség diagnózisa (4 vagy 5. diagnózis), illetve tartós lélegeztetést és intenzív terápiát követően

Tartama: **14-35 nap**

2. Járóbeteg ellátás –enyhe állapotban: **alapcsomag**, szakambulancia (II. szint). Tartama: **14-28 alkalom**; folytatólagos ellátásban ismételterhető.

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségleteiről)

milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl? Tennivalók: 6 havonta kontroll, állapotfelmérés, sze. Terápiás tervmódosítás. A beteg otthonában a program folytatása, 3 havonta ellenőrzés funkcionális állapotfelméréssel.

Más REP-ek: 2-1

4./ A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei SZABÁLYKÖNYV

5. / A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1. Változást jellemző teszteredmények:

FNO, Barthel, FIM, Nyugalmi légzésszám és légzésfunkciós paraméterek VCref%, PCO, MMR, CAT (kötelező), spiroergometriás paraméterek (amennyiben a beteg állapota engedi), 6 perces járásteszt (opcionális, de II. szinten egy ebből kötelező). Gyermekek esetében célskála alkalmazása javasolt.

5.2./ Kimeneti jellemzők

Nyugalmi légzésszám és légzésfunkciós paraméterek Spiroergometriás élettani változók, 6 perces járásteszt eredménye.

17-4 Cystas Fibrosis következtében kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási program

Ellátási szakmakód: 1903, szint: I-II (felnőtt), szakmakód: 2205, szint I-II (gyermek)

Autoszomális, recesszív módon öröklődő anyagcsere betegség, melyért a cysticus fibrosis transmembran conductans regulátor (CFTR) gén mutációja felelős. A külső elválasztású mirigyek működési zavarának következményeként csökken a termelt váladék víztartalma, kórosan megemelkedik a nátrium (Na) és klór (Cl) koncentráció, így az exkrétumok sűrűvé, tapadóssá és nyúlóssá válnak. Gyermekkorban a só- és elektrolit háztartás zavara mellett a légzőszervi tünetek (főleg bronchitis képében) a leggyakoribbak, a komplex, súlyos lefolyású esetekben a pancreas exocrin működésének elégtelensége miatt kialakult malabsorptio sy. jellemző, egyéb manifesztációk a reprodukciós rendszert, a májat és epeutakat érinthetik, de aránylag gyakori a tartós orrmelléküregi gyulladás, poliposis kialakulásával. A prognózist döntően a légzőszervi manifesztáció határozza meg, a krónikus endobronchialis bakterialis kolonizáció (kezdetben Staphylococcus aureus és Haemophilus influenzae, később Pseudomonas aeruginosa) a gyakori exacerbációk, bakteriális, vírusos és gombás superinfekciók, formájában, a súlyos bronchiectasia, cor pulmonale kialakulása. Felnőttkorban a szövődmények előfordulása és súlyossága nagy változatosságot mutat.

A specifikus cél a betegség progresszió lassítása, a szövődmények megelőzése, nem csak az élethossz, hanem az életminőség javítása. A gondozás eredményessége főleg ez utóbbin mérhető le, mivel a túlélést alapjában a genetikai tulajdonságok határozzák meg. A komplex rehabilitáció módszerválasztása életkor függő, ez mindenképpen több szervrendszerre kell, hogy irányuljon. A CF beteg élete végéig igényli a szoros gondozást, a folyamatos rehabilitációt, ami a gyógyszeres és a nem gyógyszeres kezelési lehetőségek következetes és tartós alkalmazásával érhető el. Utóbbinak különösen nagy a jelentősége, mivel a tüdő természetes védekezésében és tisztulásában, a kóros folyamatok lassításában és gyógyításában a tiszta környezet, a táplálkozás, folyadék és elektrolit háztartás, életmód, mozgás, speciális mellkasi fizioterápia, úszás és egyéb sportolás valamint a pszichoterápia egyaránt fontos!

Cél a közösségbe való visszatérés és beleilleszkedés elősegítése, az önellátási képesség mielőbbi javítása és biztosítása, relapszus elkerülése (lehetőség szerinti), kiskorúaknál az oktatási intézménybe való visszakkerülés, felnőtteknél pedig a munkaképesség visszaállítása.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség / baleset / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. **Állapot-súlyosság:** A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **súlyos / közepesen súlyos/ enyhe**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás

1.3.1. Ápolói szükséglet: közepes

1.3.2. Specifikus szakdolgozói szükséglet: alapsomag: fizioterápiás szakasszisztens, gyógytornász, szociális munkatárs, pszichológus, dietetikus, diabetológiai szakápoló és pedagógus-edukátor;
bővített csomag: gyógyújszás oktató és/vagy dietetikus, ergoterapeuta

1.4. Fogóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: nagy

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek és esetleges műtéti beavatkozások klinikai súlyossági fokozatok alapján: Rövid hatástartalmú hörgőtágító aerosol szükség szerint (antikolinergikum és/vagy béta-agonista), Mucolytikum p.os és/vagy inhalálva: hypertoniás só, ACC, Pulmozyme, stb.pl.Salvus víz, Antibiotikumok i.v., p.os, aerosol inhalatio, Kreon, A,D,E,K vitamin, Oxigénsupplementáció,

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: ua, mint fent + gyógytápszerek (hyperkalorizálás érdekében), pl. MCT, Nutridrink, stb., + egyéb táplálékkiegészítők

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechikai anyag szükséglet: nagy

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: fentiek kiegészülve tápláltsági állapot javítását célzó gyógyszerekkel, táplálékkiegészítőkkal, vitaminokkal, és légzőszervi tünetek, maradványtünetek miatt indikált szerekkel: hörgőtágítók, expectoránsok, oxigén supplementáció, gyulladáscsökkentő.

Rehabilitáció során szükséges eszközök: KS pipa, flutter, légzőizom tréner, PEP maszk, Vest vibrációs mellény

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: köpetcsésze, légzésfunkcióhoz szájszutor, baktériumszűrő, futószőnyeg járateszt elvégzéséhez

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

közvetlenül akut kórházi osztályról, szakambulanciáról, háziorvosi praxisból, nem akut kórházi osztályról

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan? programozható

3./ A rehabilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak leírása

1.Fekvőbeteg ellátás:

Közepesen súlyos, enyhe állapotban: **alapsomag – I. szint; Tartama: 14-28 nap**

Súlyos állapotban: **bővített csomag – II. szint:** ha az állapot stabilizálásához rendszeres dietetikai oktatás és /vagy úszásterápia is szükséges; a CF betegek ellátásakor gyakran szükséges a 13-as program egyidejű használata.Tartama: **14-60 nap**

2. Járóbeteg ellátás –enyhe állapotban: **alapsomag**, szakambulancia (II. szint). Tartama: **14-28 alkalom**; folytatólagos ellátásban ismétélhető

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségleteiről)

milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl? A rehabilitációs program elkezdését követően 2 hó múlva a hatásosság lemerése. 6 havonta kontroll, állapotfelmérés, sze. terápiás tervmódosítás. A beteg otthonában a program fenntartása, 6 havonta ellenőrzés funkcionális állapotfelméréssel.

6 hónapon belül javasolt kapcsolódó ellátás: (karbantartás) rekondicionálás

4. / A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban
SZABÁLYKÖNYV

5. / A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1. Változást jellemző teszteredmények:

Barthel, FNO, FIM, Nyugalmi légzésszám, légzésfunkciós paraméterek(kötelező)- FEV1ref%, MMRC, spiroergometriás paraméterek (amennyiben a beteg állapota engedi), 6 perces járásteszt, Légúti váladék mennyiségi, minőségi ellenőrzése, mikrobiológiai próbák (opcionális, de II. szinten egyik kötelező), Lombay score/Shwachman score. Gyermekek esetében célskála alkalmazása javasolt. Életminőség változás megítélésére életminőség kérdőívek

5.2. Kimeneti jellemzők: Tápláltsági állapot, Nyugalmi légzésfunkciós paraméterek változása vagy Spiroergometriás élettani változók

17-5 Tüdőrezekciós és egyéb mellkasi műtétek előtt és után szükséges rehabilitáció ellátási program terve

Ellátási szakmakód: 1903, szint: I-II (felnőtt), szakmakód: 2205, szint I-II (gyermek)

Légzésrehabilitációt igényel minden beteg, aki bármilyen okból végzett mellkasi műtétre vár, de főképp aki már ezen áteset. Postoperative mellkasi fájdalom, rigiditás, izomatrófia és mellkasi izomdiszfunkció, illetve légzőfelület-vesztés következtében súlyos hypoventiláció és restriktív légzőkárosodás alakulhat ki. Fokozottan veszélyeztetettek a gyermekek, ahol a mellkasváz még instabil. Légzőrendszeri fejlődési rendellenességek ill. szerzett pulmonológiai elváltozások mellett a mellkasi műtét oka lehet szívbetegség (billentyű, coronaria, transzplantáció stb.), mellkasdeformitás (veleszületett vagy szerzett, pl. scoliosis, pectus excavatum, -carinatum, stb.), vagy traumás sérülés, de szükség lehet postoperatív légzésrehabilitációra nagy hasi műtétet követően, ha a sérült diaphragma-funkció basalis hypoventilációt, atelectasiát és légzőkárosodást okoz.

A rehabilitáció specifikus célja praeoperatív szakaszban az, hogy a beteg a lehető legjobb állapotban kerüljön a műtétre, postoperative a hosszú távú következmények kivédése jelenti a fő feladatot, a mellkas mobilitásának megőrzésével vagy visszaállításával, a légzéssel összefüggő mellkasi fájdalmak megszüntetésével, a normális légzés biztosításával és a kardiorespiratorikus állóképesség növelésével.

Cél a közösségbe való visszatérés és beleilleszkedés elősegítése, az önellátási képesség mielőbbi javítása és biztosítása, relapszus elkerülése (lehetőség szerinti), kiskorúaknál az oktatási intézménybe való visszakerülés, felnőtteknél pedig a munkaképesség visszaállítása.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség / baleset / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: súlyos / közepesen súlyos/ enyhe

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás

1.3.1. Ápolói szükséglet: közepes – AS beosztás

1.3.2. Specifikus szakdolgozói szükséglet bővített csomag: alapsomag (fizioterápiás asszisztens, gyógytornász, szociális munkás, pszichológus, dietetikus, diabetológiai szakápoló és pedagógus - edukátor, gyógyújszásoktató

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: nagy

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: anticoaguláns, analgeticum, antibioticum, anxiolyticum, cardiacum, mucolyticum, stb

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: fentiek kiegészülve tápláltsági állapot javítását célzó gyógyszerekkel, táplálékkiegészítőkkel, vitaminokkal, és légzőszervi tünetek miatt: hörgőtágítók, expectoránsok, oxigén suplementáció, antidepresszáns, gyulladáscsökkentő,

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: nagy

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: kötszer, fertőtlenítőszer, ragtapasz, maszk, kesztyű, nylon kötény

Rehabilitáció során szükséges anyagok: KS-pipa, ki- és belégző tréner, elasztikus szalagok, marok gumikarika

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: nagy

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: labor és vérgáz kontrollokhoz, köpet bakterológiai vizsgálatokhoz szükséges eszközök.

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: nincs speciális szükséglet

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

Elsőbbségi rehabilitációra közvetlenül a sebészeti osztályról, intenzív osztályról, aktív pulmonológiai osztályról. Az ismételt rehabilitációs programba tüdőgondozóból, szakambulanciáról is utalható a beteg

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Elsőbbségi rehabilitációra lehetőleg a műtétet követő 3 hónapon belül sor kell kerülnön

Programozható rehabilitációra a beteg állapotától függően (légzésfunkció, terhelési kapacitás, tápláltsági állapot) kerülhet sor

3. / A rehabilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak leírása

Fekvőbeteg ellátás (elsőbbségi)

Műtétet követően minden súlyosság: **bővített csomag – II. szint: Tartama: 15-45 nap**

Ismételt felvétel rehabilitációs céllal elsőbbségi rehabilitáció befejezését követően és

programozható ellátás: légzésfunkciós romlás, mellkasdeformitás, scoliosis, mellkasi izomatrófia jeleinek észlelésekor programozható légzésrehabilitáció indokolt.

Jellemző	minősítő	
	fekvőbeteg	járóbeteg
1.2. állapotsúlyosság a betegek 70-90 %-ára jellemzően (N/Kp/k)	súlyos/közepes	enyhe
1.3.1. ápolói szükséglet	kis	
1.4.1. gyógyszer szükséglet	nagy	
1.4.2. kötszer és egyéb orvostechnikai anyag szükséglet	közepes	
1.4.3. diagnosztikai anyag szükséglet	közepes	
3.1. ellátási csomag (alap/bővített)	alap	alap
3.2. ellátási szint (I/II/III)	I,II.	II
3.4. ellátás várható tartama (től – ig)	15-35 nap	8-28 alkalom
Ismételt rehabilitáció várható tartama az első évben (hét/1. év)	egy ízben	
Ismételt rehabilitáció várható tartama a második évben (hét/2. év)	8-14 nap	
jellemző betegutak	1. mellkasebészetről, aktív osztályról akut állapotromlás miatt	
	2. tüdőgondozóból	

4. / A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5./ A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1./ Változást jellemző teszteredmények: Barthel, FIM, FNO, nyugalmi légzésszám és légzésfunkciós paraméterek FEV1ref%, VCref%, CAT, MMRC, (kötelező), 6 perces járásteszt (opcionális). Gyermekek esetében célskála alkalmazása javasolt.

a. Felmérések: Radiológiai státusz, légzésfunkciós vizsgálat, vérgáz-analízis, 6 perces járásteszt, fizikai terhelhetőség kerékpárergométeren, dohányzási státusz

b. Céltértekek (Célskála) meghatározása: a légzéssel összefüggő mellkasi fájdalmak megszűnése, normális mellkasi légzéskitérés, optimális fizikai terhelhetőség.

5.2. / Kimeneti jellemző:

Nyugalmi légzésszám és légzésfunkció FEV1ref%, VCref%, CAT, MMRC, 6 perces járásteszt eredménye
Életminőség kérdőívek (Szent-György-féle Légzési Kérdőív)

17-6 Tüdőtranszplantációt követően szükséges rehabilitáció ellátási program

Ellátási szakmakód: 1903, szint: III (felnőtt), , szakmakód: 2205, szint III. (gyermek)

C(3) Tüdőtranszplantáltak rehabilitációs központja: Résztvevő intézmények a rehabilitációs medicina 17-6 REP-et végző 1903 szakmakódú III. szintű osztálya és a transzplantációt végző sebészeti intézmény.

A tüdő parenchymás és/vagy vaszkuláris eredetű betegségei következtében kialakuló krónikus légzési elégtelenségben szenvedő pácienseknél tüdőtranszplantáció mérlegelhető terápiás lehetőségként. A beteg kiválasztás egyik fő szempontja, hogy páciensek rendelkezzenek annyi légzési-tartalékkal, hogy az opust követően rehabilitálhatóak legyenek. A műtét után kb. 2-8 hét múlva kerülnek áthelyezésre a betegek a sebészeti osztályról a tüdőgyógyászati osztályra. A rehabilitáció már az intenzív osztályon megkezdődik és ezt követően irányított módon hónapokon át folytatódik, melynek során az alapbetegsége, a műtéti beavatkozások, az általános állapot, életkoron túl figyelembe kell venni az immunosuppresszív terápia lehetséges mellékhatásait és szövődményeit is.

Kiskorúakban végzett tüdőtranszplantáció hosszú évekig-, életem át tartó rehabilitációt igényel. A páciens állapotától függően, az általában egy évig tartó, III. szintű, elsőbbségi rehabilitáció a II. szinten, a programozott formában folytatandó.

A rehabilitáció specifikus célja praeoperatív szakaszban az, hogy a beteg a műtétre alkalmas állapotba kerüljön, postoperative a transzplantáció korai- és hosszú távú következményeinek kivédése jelenti a fő feladatot, nemcsak az immunosuppresszív terápia következményeinek elhárításával, hanem a mellkas mobilitásának megőrzésével vagy visszaállításával, a légzéssel összefüggő mellkasi fájdalmak megszüntetésével, a normális légzés biztosításával, a megfelelő expectoráció begyakorlásával, a kardiorespiratorikus terhelhetőség növelésével valamint az optimális BMI elérésével.

Cél a közösségbe való visszatérés és beleilleszkedés elősegítése, az önellátási képesség mielőbbi javítása és biztosítása, relapszusok lehetőség szerinti elkerülése, a szövődmények súlyosságának enyhítése, kiskorúaknál az oktatási intézménybe való mielőbbi visszakerülés, felnőtteknél pedig a munkaképesség visszaállítása.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség / baleset / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: súlyos / közepes súlyos / enyhe

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humánerőforrás

1.3.1. Ápolói szükséglet: közepes

1.3.2. Specifikus szakdolgozói szükséglet: alapsomag: fizioterápiás szakasszisztens, gyógytornász, szociális munkatárs, pszichológus, dietetikus, diabetológiai szakápoló és pedagógus edukátor

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: nagy

A transzplantáció miatti immunszuppresszív szerek: ciklosporin vagy tacrolimus, mycophenolate és szteroid; A műtét után min. 3 hónapig infekcióprofilaxis: antifungális szer (amphotericines inhaláció, átmenetileg voriconazol is szükséges lehet), antivirális szer: valganciklovir, antibiotikumok

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: pancreas enzimpótlás, ursodeoxycolat (CF esetén), inzulin, anticoaguláns, analgeticum, antibiotikum, anxiolyticum, cardiacum, antihypertensiv szerek, mucolyticum, gyulladáscsökkentők, stb

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: fentiek kiegészülve tápláltsági állapot javítását célzó gyógyszerekkel, táplálékkiegészítőkkel, vitaminokkal és légzőszervi tünetek miatt: hörgőtágítók, expectoránsok, átmenetileg oxigén pótlás

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechikai anyag szükséglet: nagy

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: kötszer, fertőtlenítőszer, ragtapasz, maszk, kesztyű, nylon kötény

Rehabilitáció során szükséges anyagok: KS-pipa, ki- és belégző tréner, elasztikus szalagok, marok gumikarika

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: nagy

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: labor és vérgáz kontrollokhoz, köpet bakterológiai vizsgálatokhoz szükséges eszközök, rtg felvétel,

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: **nagy**

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

közvetlenül a sebészeti osztályról, aktív pulmonológiai osztályról, szakambulanciáról.

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Elsőbbségi rehabilitáció, első alkalommal lehetőleg a műtétet követő 1-3 héten belül

3. / A rehabilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak leírása

Fekvőbeteg ellátás: súlyos és középsúlyos állapotban – III. szinten

C(3) Tüdőtranszplantáltak rehabilitációs központja: Résztevő intézmények a rehabilitációs medicina 17-6 REP-et végző 1903 szakmakódú III. szintű osztálya és a transzplantációt végző sebészeti intézmény.

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: azok a betegek tekinthetők speciális ellátási szükségletűnek, akik

- tüdő transzplantáción estek át 1 éven belül és
- rehabilitációra alkalmas állapotban vannak, azaz terhelhetők és eredmény várható az ellátástól
- esetében reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- valóban elérték a rehabilitáció során a kitűzött célokat

Tüdőtranszplantációs rehabilitációs központban enyhe állapotban: II. szinten. Tartama: **15-60 nap;** gyakran szükséges a 13-as programmal kombináltan alkalmazni

Ismételt ellátás rehabilitációs céllal elsőbbségi rehabilitáció befejezését követően: légzésfunkciós romlás, mellkasdeformitás, scoliosis, mellkasi izomatrófia, terhelési tolarenciacsökkenés, tápláltsági

állapot romlása észlelésekor ismételt légzésrehabilitáció indokolt. Ennek tartama 14-25 nap (a transzplantáció utáni első évben)

Jellemző	minősítő	
	fekvőbeteg	járóbeteg
1.2. állapotsúlyosság a betegek 70-90 %-ára jellemzően (N/Kp/k)	közepes	enyhe
1.3.1. ápolói szükséglet	kis	
1.4.1. gyógyszer szükséglet	nagy	
1.4.2. kötszer és egyéb orvostechnikai anyag szükséglet	közepes	
1.4.3. diagnosztikai anyag szükséglet	közepes	
3.1. ellátási csomag (alap/bővített)	bővített	alap
3.2. ellátási szint (I/II/III)	II	II
3.4. ellátás várható tartama (től – ig)	15-60 nap	15-20 alkalom
Ismételt rehabilitáció várható tartama az első évben (hét/1. év)	egy ízben	
jellemző betegutak	1.tüdőgondozóból	
	2.saját rehabilitációs ambulancia	

Folytatólagos ambuláns ellátásban – szakambulancián (II: szint) a közvetlen postop. szakban naponta, majd később hetente, majd az 1. félét követően havonta, majd 1 év után évi 1-2x kontroll, állapotfelmérés és ennek eredménye alapján huzamos rehabilitációs programban való részvétel. 1 éven belül javasolt: karbantartás, rekondicionálás.

4./ A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5./ A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1. Változást jellemző teszteredmények: **FIM, Barthel, FNO,** Nyugalmi **légzésszám** és légzésfunkciós paraméterek (kötelező) **FEV1ref%, VCref%, CAT, MMRC**

a., standardizált járásteszt, spiroergometriás paraméterek, amennyiben a beteg állapota engedi. Életminőségváltozás megítélésre életminőségkérdőívek, Tápláltsági állapot meghatározása (opcionális, de egyik kötelező)

b. Céltértek (**célskála**) meghatározása: a légzéssel összefüggő mellkasi fájdalmak megszűnése, normális mellkasi légzéskitérés, a lehető legjobb, akár fiziológias légzési volumenek elérése, megfelelő expectoráció (KS-pipa, autogén drenázs, PEP-maszk) elsajátítása, optimális fizikai terhelhetőség elérése, optimális BMI elérése.

5.2. Kimeneti jellemzők:

Nyugalmi **légzésszám** és légzésfunkciós paraméterek változása - **FEV1ref%, VCref%**, Standardizált járás vagy spiroergometriás élettani változók

18-1 Cerebralis paresis következtében kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja

Elsődleges I-II szint, szakmakód: 2205.

A cerebralis paresis a mozgás és tartás zavarát okozó nem progresszív szindróma csoport, amelyet az éretlen agyat ért (méhen belüli életben, születéskor vagy azt követően két éves korig) károsodások okoznak és amely gyakran nehezíti a gyermek részvételét a szokványos közösségi életben. A mozgások zavarát gyakorta kísérik az érzékelés, a figyelem, a kogníció, a beszéd és a viselkedés zavarai és epilepsia is gyakrabban fordul elő. Az évek során a folyamat természetes lefolyása következtében ortopédiai komplikációk alakulhatnak ki. A cerebralis paresis diagnosztikája, kezelése és a gyermekek rehabilitációja multidiszciplináris megközelítést tesz szükségessé.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **súlyos / közepesen súlyos**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás

1.3.1. Ápolói szükséglet: nagy

1.3.2. Specifikus szakdolgozói szükséglet

alapsomag: gyógytornász, gyógypedagógus, logopédus, pszichológus, ergoterapeuta vagy **konduktor**, szociális munkatárs, fizioterápiás szakasszisztens, gyógymasszőr, ortopéd műszerész elérhető heti szinten

bővített csomag: alapsomag + konduktor vagy gyógytestnevelő, gyógyújszás oktató, zeneterapeuta, pedagógus, klinikai gyermek szakpszichológus

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: antiepileptikumok (30-40%-ban); GORD esetén savlekötők, motilitás javítók; bélmozgatók; vitaminok

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: antispasztikus szerek – súlyos esetben botulinum A toxin vagy intrathecalis baclofen alkalmazása

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: NG szonda, tápszer,

Rehabilitáció során szükséges anyagok: inkontinencia termékek, pozícionáló eszközök, evés-terápiában speciális diéták; hidroterápiához, masszázsához izomlazítók

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: antiepileptikum gyógyszer szint meghatározás;

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: rtg felvételek

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

leggyakrabban gyermekneurológus, háziorvos vagy ortopéd szakorvos utalja rehabilitációs ellátásra, elsődlegesen ambulanter;

súlyos állapotúak a kísérő betegségek miatt kerülhetnek rehabilitációra jelentős állapotromlás miatt

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Általában **programozható, kivételesen elsőbbségi** felvétel szükséges; gyakori a karbantartási szükséglet

3. / A rehabilitációs ellátóhelyre vonatkozó kívánalmak leírása

1. Fekvőbeteg ellátás: általában programozható, kivételesen elsőbbségi (okok alant, ezek ismétlődhetnek)

alapcsomag – I. szint— műtéteket követően (idegsebészeti / ortopédiai beavatkozások - elsőbbségi), speciális pozícionáló vagy egyéb gyógyászati segédeszköz elkészítése (próbák) és használat begyakorlása - programozható; **Tartama: 14-28 nap**

bővített csomag – II. szint: (1) hirtelen növekedés vagy egyéb ok miatt rövid idő alatt romló állapot miatt nagyon intenzív ellátás céljából; (2) súlyos esetben, ha halmozott a fogyatékoság vagy speciális probléma van jelen, mint: evései zavar, érzékelési zavar (súlyos hallási vagy látási zavar is), vagy nehezen uralható epilepszia szindróma vagy speciális eljárást igénylő spaszticitás kezelés is fennáll, szükség lehet bővített csomagra. **Tartama: 14-21 nap**

Kivételesen **speciális ellátásra – III. szint:**. **Tartama: 14-40 nap**

2. Járóbeteg, nappali ellátás – ez az általános, programozható formában. Enyhe állapotban:

alapcsomag, szakrendelésen (I. szint), **bővített csomag** szükségességekor: szakambulancia (II. szint).

Tartama: 14-28 alkalom, 2-3 hét;

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségleteiről)

milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl? Továbbiakban: ugyanaz a

gyermek növekedése és állapotváltozása miatt tartós ellátás szükséges. 3-1; 4-3; 9-2; 10-1; 10-2;

20-23. **Ellátási szint:** mint fent: szakrendelés vagy szakambulancia (I/II). **Rendszerint szükséges lehet**

karbantartás, rekondicionálás tartósan

Javasolt ellátási módszer: intenzív 2-3 hetes időszakok beiktatása (II: szinten szakambulancián vagy II. szinten fekvőbeteg ellátásban) a fenntartó heti 2-3 alkalommal végzett terápiás időszakokkal váltva, évente 2-4 intenzív időszakkal a gyermek állapotától és növekedési intenzitásától függően.

4. / A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5./ A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1./ Változást jellemző teszteredmények:

FNO, GMFCS kötelező (életkori sajátosságok figyelembevételével), Barthel, FIM, Célskála közül 1 megadása kötelező, célskála alkalmazása javasolt. GMFM-66,88; Járóképeség; Önállóság szintje életkorhoz képest opcionális.

5.2. / Kimeneti jellemzők: Többségi óvodai felvétel életkora; iskolába lépés életkora; iskolatípus; speciális fejlesztő ellátás.

5.3./ Hosszútávú követésre és a komplex rehabilitációs terv elkészítéséhez javasolt fejlődési tesztek, a terápiák szempontjából meghatározó: Fejlődési skálák ; Bayley II. teszt; Bayley III. teszt vagy szűrőtesztje a megfelelő életkorban, formális IQ tesztek (Budapesti Binet, MAWI, MAWGYI, WISC, WIPPSI), nonverbális IQ tesztek Goodinough, színes Raven;

18-2 Meningomyelocele következtében kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja

II szint, szakmakód: 2205.

A gerincvelői lézió lokalizációjától függő alsó végtagi motoros és szenzoros kiesés; a vizelet- és székletürítés zavara. Legsúlyosabb formájában paraplegia, neurogén hólyag, széklet incontinentia. Gyakori társuló betegség a hydrocephalus és az akadályozott értelmi fejlődés. Késői szövődményként ízületi deformitások, scoliosis, mellkas deformitás, veseelégtelenség, tethered cord alakulhat ki. A rehabilitáció célja az önellátás elérése, a másodlagos károsodások kivédése.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **súlyos**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás szükséglet:

1.3.1. Ápolói szükséglet: nagy – csecsemőkorban az életkor, később a súlyos fogyatékoság miatt napi 4-5 óra

1.3.2. Specifikus szakdolgozói szükséglet:

Alapcsomag: gyógytornász, korai fejlesztésben is jártas mozgásterápiás szakember (konduktor vagy szomatopedagógus vagy gyógytestnevelő), gyógypedagógus, logopédus, ergoterápiás szakember, pszichológus, szociális munkatárs, fizioterápiás szakasszisztens, gyógymasszőr, ortopéd műszerész – legalább heti szinten elérhető

Bővített csomag: alapcsomag + hidroterápiás szakember (gyógyúszás oktató, HRG oktató), hipoterápiás szakember (elérhető szinten)

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: vizelet fertőtlenítő

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: izomlazító

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: nadrágpelenka, katéter, gyakori lepedő-csere, antidecubitus alátétek

Rehabilitáció során szükséges anyagok: sínek, kapaszkodó,

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: vizelet minta vizsgálat

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: rtg felvételek

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

Első alkalommal: újszülött vagy csecsemő osztályról; **visszarendelés, illetve később:** saját vagy más rehabilitációs ambulanciáról, neurológiai ambulanciáról, ortopédiai szakrendelésről, háziorvostól

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

A súlyos esetekben **elsőbbségi**, az enyhébb **esetekben, illetve** az ismételt ellátás során **programozható**

3. / A rehabilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak leírása

Fekvőbeteg ellátás: általában programozható, kivételesen (idegsebészeti vagy ortopédiai műtét után elsőbbségi)

Közepesen súlyos, enyhe állapotban: **alapcsomag – I. szint; Tartama: 14-28 nap**

Súlyos állapotban: **bővített csomag – II. szint; Tartama: 14-80 nap**

2. Járóbeteg ellátás – ez a jellemző. Enyhe állapotban: **alapcsomag**, szakrendelés **(I. szint)**; közepes és súlyos állapotban: **bővített csomag**, szakambulancia (II. szint). Tartama: **14-28 alkalom**; folytatólagos ellátásban ismételhető

Ismételt ellátás: programozottan egész életen át, esetenként 14-21 napos felvétel lehet szükséges, de a járóbeteg ellátás jellemzőbb

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségletéről)

milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl? További REP-ek lehetnek

szükségesek: 3-1, 4-1, 9-2, 10-2, 17-3, 19, 20-23. Ellátási szint és forma (fekvő vagy járóbeteg): I-II-III problémától függően. **5-6 éves koron túl (iskolás korban) javasolt /szükségesnek tartott kapcsolódó ellátás: (karbantartás) rekondicionálás évente**

4. A rehabilitációs ellátási program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5. / A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1./ Változást jellemző teszteredmények ASIA, FNO kötelező, Barthel, FIM (életkori sajátosságokkal) vagy célskálából egy kötelező, célskála használat javasolt , GMFCS

5.2/ Kimeneti jellemzők: többségi közösségben nevelkedés, szövődmény-mentesség

18-3 Gerinc strukturális elváltozása következtében kialakult funkciózavar / fogatékosság miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja

I-II. szint, szakmakód: 2205.

A gerinc csigolyáinak kóros elváltozása, mely különböző etiológiai folyamatok eredményeként keletkezik, eltérő progresszióval és ennek megfelelően különböző kórjós-lattal bír. A funkcionális eltéréseket a súlyosság, a kezelés módja határozza meg az alapbetegség tünetei mellett. A gerinc mobilitásának csökkenéséből adódó zavarok (önellátás) általában önmagában nem jelentősek, de amennyiben a terhelhetőség csökkenésével társul rehabilitációt igényel. Serdülő kortól a testkép megváltozásából adódó pszichés terhelés is okozhat a tevékenységek, részvétel területén problémát.

1./ A páciensek állapotának jellemzése:

1.1. Betegség / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogatékosság leírása SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **enyhe**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás szükséglet:

1.3.1. Ápolói szükséglet: kicsi

1.3.2. Specifikus szakdolgozói szükséglet:

alapsomag: gyógytornász, fizioterápiás szakasszisztens, pszichológus (legalább heti 2x), ortoped mûszerész (elérhető, rendszeresen konzultáló)

bővített csomag: fentiek + hydrotériás szakember, gyógymasször, ergoterapeuta, gyógyújszás oktató

1.4. Fogóanyagok

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: köptető, légzéstámogatók

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: fájdalomcsillapító, izomlazító

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok:

Rehabilitáció során szükséges anyagok: gipsz fûzőminta-vételhez, gipszágyhoz, pozicionáló eszközök, mobilitást segítő eszközök egyéni adaptációi

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok:

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: rtg felvételek

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

Házi/iskola orvosi szûrést követő ortoped szakvizsgálat után, vagy az alapbetegséget kezelő (neurologus, pulmonologus, traumatológus) javaslatára

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére

vonatkozóan?

jellemzően **programozható** rehabilitáció, kivétel a műtéti **előkészítés, illetve** műtét utáni állapot, valamint a gyorsan progrediáló esetek, ekkor a lehetőleg 1 hónapon belül

3./ A rehabilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak leírása

1. /Járóbeteg ellátás: programozható módon, alapsomag, I. szinten szakrendelésen.

Bővített csomag II. szinten elsőbbségi szükséglettel: gerinc korrekciós műtét **előkészítése, illetve** a műtét utáni rehabilitációs ellátása; **programozható:** a gyorsan progrediáló esetek korábrbitól esetleg eltérő terápiás programja, egyéb pozicionáló eszközök, ill. mobilitást biztosító eszközök alkalmazására, ezek használatának betanítására és hydroterápia alkalmazása is szükséges. **Tartama:** folyamatosan a serdülés befejeződéséig, periódusos 2-3 hetes szakaszokban, ill a 14 éves kor alatt folyamatosan

2. Fekvőbeteg ellátás: elsőbbségi, II. szinten: kivételesen gerincműtét után szövődmények (bénulás, érzékszavar) felléptekor. **Tartama: 30-50 nap**

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségletéről)

milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl? Egyéb szükséges REP-ek

lehetnek: 3-1; 17-3;

Ellátási szint: a növekedés-fejlődés miatti állapotváltozás, valamint az alapbetegség progressziója miatt a szokványos programok közül változó lehet a szükséglet (elvek, mint fent)

A serdülés/gyermekkor végéig gyermekgyógyász specifikációjú rehabilitációs szakember irányításával, ezt követően a progresszív alapbetegségekben élet hosszan az állapottól függően évente **maximum** 2-4 alkalommal 2-6 hetes kúra keretében

4. / A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5. / A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1. Változást jellemző teszteredmények: **FNO kötelező, Cobb fok szerinti mérés, légzésfunkció, vagy VAS skála kötelező (II. szinten légzésfunkció megadása kötelező)** FIM, Barthel, Célskála alkalmazása javasolt.

5.2. Kimeneti jellemzők

Görbület mértékének változása (eredménynek tekinthető az 5 Cobb fokot meghaladó csökkenés, vagy a progresszió lassulása, a **torziós** jelek stagnálása, csökkenése); légzésfunkciós értékek javulása; fájdalommentesség; önellátási képesség javulása

A funkcionális status tükrében iskoláskorúaknál nyilatkozni a testnevelés besorolásról, (a testnevelő tanárral szükség szerint konzultálni kell a felelősség áttolása veszélye miatt)

A szakképzésben való részvételről az iskolaorvos kérésére javaslat adható, sz. sz munkaképesség elbírálásában szakértői joggal felruházott intézetbe utalás javasolt.

18-4 Veleszületett rendellenességek következtében kialakult funkciózavar / fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja

I-II szint, szakmakód: 2205.

Kivételesen III. szint: C(1) spaszticitás központban vagy többszörös fogyatékoság esetén A(7) programban

Veleszületett rendellenesség miatt akkor szükséges rehabilitációs ellátás, ha az a fejlődést valamely területen (mozgás, érzékelés, mentális, szomatikus fejlődés, stb.) jelentősen és tartósan hátrányosan befolyásolja.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **súlyos / közepesen súlyos:**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humánerőforrás szükséglet:

1.3.1. Ápolói szükséglet: nagy

1.3.2. Specifikus szakdolgozói szükséglet:

Alapcsomag: gyógytornász, korai fejlesztésben is jártas mozgásterápiás szakember (konduktor vagy szomatopedagógus vagy gyógytestnevelő), gyógypedagógus, logopédus, ergoterápiás szakember, pszichológus, fizioterápiás szakasszisztens, gyögmasszőr, szociális munkatárs

Bővített csomag: érzékszervi fogyatékoság esetén ennek korai fejlesztésében jártas szakember (tiflopedagógus, szurdopedagógus) legalább konzultációs szinten, neuropszichológus, afázia kezelésben jártas logopédus legalább konzultációs szinten, hydroterápiás szakember (gyógyúszás oktató)

1.4. Anyag-szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: antiepileptikumok, egyéb pszichés funkciókat befolyásoló szerek, hörgőtágítók, köptetők, keringés támogatók

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: étrendkiegészítők, tápszerek

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: pelenka

Rehabilitáció során szükséges anyagok: speciális pozícionáló és mobilizáló eszközök, ortézisek, gipsz

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: gyógyszerszint mérés, UH-hoz kiegészítő anyagok

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: RTG

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

A neonatológiai- / gyermek- / gyermekintenzív osztályról / sebészetről / ortopédiáról közvetlenül rehabilitációs osztályra vagy utógondozó, ill. a betegség jellegének megfelelő szakorvosi szakrendelésről, rehabilitációs szakrendelésről, ill. házi gyermekorvosi beutalóval programozható rehabilitációra

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

általában **programozható**/fent leírt **posztoperatív** időszakban rendszerint elsőbbségi (ritkábban programozható-főként tervezett műtéteknél)

3. / A rehabilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak leírása

1. Járóbeteg, nappali ellátás: programozható ellátás; alapsomag általában elegendő (**I. szint**, szakrendelő); **Bővített csomag** szükséges (**II: szint** szakambulancia) súlyos esetekben, érzékszervi fogyatékoság egyidejű fennállásakor, súlyos beszédzavar, ill. kognitív funkciózavar esetén és a szisztémás, valamint multiplex rendellenességeknél.

Tartama: 14-70 alkalom, nappali ellátásban: 2-4 hét.

2. Fekvőbeteg ellátás kivételesen, főként műtéteknél és olyan speciális problémákkal kapcsolatban, ami járóbetegként nem látható el – ez is általában programozható, kivételesen előre sorolandó.

Ellátási szint: II - bővített csomag szükséges a **posztoperatív** ellátásban és a multiplex rendellenességeknél) **Tartama:** 14-21 nap

Kivételesen III. szint, ha súlyos spaszticitás áll fenn, ellátás spaszticitás központban vagy többszörös rendellenesség esetén **A(7) programban**. **Tartama:** 21-45 nap.

Folytatólagos ambuláns ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségleteiről) milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl? További lehetséges REP-ek: 9-2, 10-1, 10-2, 10-3, 11, 20-23. Ellátási szint: I-II szint (elvek mint fent). Folyamatosan javasolt: karbantartás, rekondicionálás elsősorban járóbeteg formában a gyermekkor végéig, időnként tovább is szükséges lehet, vagy rendszeres heti 1-2 alkalommal vagy periodikus (kúraszerű) ellátásban.

4. / A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5. / A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1. Változást jellemző teszteredmények: FNO kötelező; GMFCS (az életkori sajátosságok figyelembevételével), ROM, MAS közül egy megadása kötelező, Barthel, FIM vagy Célskála alkalmazása javasolt. Fejlődési teszt/IQ teszt felvétele a hosszú távú komplex rehabilitációs terv kidolgozásához szükséges.

5.2. Kimeneti jellemzők: A gyermek életkorának megfelelő integrált nevelésben részesül, amennyiben ez állapota miatt nem lehetséges a korai fejlesztést követően iskolarendszerű fejlesztésben vesz részt.

18-5 Újszülöttkori plexus brachialis lézió miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja

I. szint, szakmakód: 2205.

A szülés során az újszülött karjának erőltetett húzása a karfonat rongálódásához, súlyosabb esetben teljes kiszakadásához vezethet. A sérülés érheti a felső vagy az alsó, rosszabb esetben mindkét karfonatot is. A klinikai tünetek a lokalizációtól és a sérülés súlyosságától függnnek. A rehabilitáció célja a felső végtag funkcióinak kialakítása, testsémába való beépítése, ill. a zavartalan mozgásfejlődés biztosítása; a végtag növekedésbeli elmaradásának és scoliosis kialakulásának megelőzése.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség / baleset / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: **közepesen súlyos / enyhe**

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás szükséglet:

1.3.1. Ápolói szükséglet: kicsi – általában ambuláns ellátás szükséges vagy általános ápolási feladatok

1.3.2. Specifikus szakdolgozói szükséglet: **Alapcsomag:** gyógytornász, fizioterápiás szakasszisztens, gyógymasszőr, korai fejlesztésben is jártas mozgásterápiás szakember (konduktor vagy gyógytestnevelő vagy szomatopedagógus), szociális munkatárs, 5 éves kor után ergoterápiás szakember, pszichológus.

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek:

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek:

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok:-

Rehabilitáció során szükséges anyagok: súlyos esetben éjszakai sín

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: kicsi

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: -

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok:

-

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

Elsősorban a gyermekneurológus, esetleg a neonatológus; szinte kizárólag járóbetegként.

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

Első ellátáskor elsőbbségi rehabilitációs szükséglet: egy hónapon belül; a súlyos eseteknél a későbbiekben programozhatóan, évente kórházi keretek között; az enyhe eseteknél folyamatos rehabilitáció járóbeteg ellátás formájában a teljes tünetmentességig. Nincs különbség első ismételt ellátás feltételei között.

3. / A rehabilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak leírása

1. Járóbeteg ellátás: első észlelés után **elsőbbségi**, ezt követően műtétek után **elsőbbségi**, egyébként **programozható**. **Ellátási szint: I. szint: szakrendelés, alapsomag szükséges. Tartama: 10-15 alkalom.**

Ismételt ellátás: súlyos paresis esetén évente egyszer 10 napos intenzív terápia

2. Fekvőbeteg ellátás: kivételes esetben, ha idősebb korban a plexus sérülés miatt funkciójavító (ortopédiai jellegű) műtét történik és intenzív elsőbbségi rehabilitáció szükséges – lehet I. szinten, tartama: 10-15 nap. Ez esetben a 3-1. **program** speciális ellátása is szükséges lehet II. szinten (ld, ott.). Egyébként programozható fekvőbeteg ellátás is előfordulhat, ha társbetegség van, vagy az ellátás másként nem biztosítható

Folytatólagos járóbeteg ellátásban (kontrollok, döntés a további rehabilitációs szükségletéről)

milyen programokra lehet szükség a szokványos ellenőrzésen túl? A terápia ellenőrzése az intenzív mozgásfejlődés időszakában havonta szükséges, a későbbiekben a maradványtünetek mértékétől függően 3-6 havonta. Súlyos esetben pozicionáló ortézis (éjszakai sín) mintázása. Esetenként elektroterápia. Ellátási szint: I vagy II. **6 hónapon belül** javasolt karbantartás, rekondicionálás.

4./ A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5. / A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1. Változást jellemző teszteredmények: FNO kötelező, Barthel, FIM, vagy célskála kötelezően (életkori sajátosságok figyelembevételével)

ENG, opcionális kéz fogási funkciói, ADL funkciók (későbbi életkorban), izomerő (opcionális)

5.2. Kimeneti jellemzők: többségi bölcsőde / óvoda / iskola

18-6 Táplálás, nyelés és egyéb táplálék-felvételi akadályozottság miatt szükséges rehabilitáció ellátási programja

III. szintű ellátás. 2205 vagy 2209 szakmakódú osztály

A táplálék felvételének / befogadásának / elfogadásának vagy a tápláléknak a szájból a gastrointestinalis traktus többi része felé történő továbbításának bármilyen organikus vagy nem organikus eredetű zavara tartozik ide. Így különösen a neurogen dysphagia, mely elsősorban a félrenyelésben nyilvánul meg, a legkülönbözőbb neurológiai betegségekben, de elsősorban a központi idegrendszer károsodása,-következtében fordul elő. A táplálékfelvétel egyéb akadályozottsága gyermek és pszichés ok, anatómiai eltérések vagy másodlagos károsodás miatt is létrejöhet. Leggyakrabban agykárosodott gyermekekben és felnőttekben fordul elő. A rehabilitáció során az evési / táplálkozási / táplálék-felvételi nehézség leküzdése a cél, amennyiben ez nem vagy csak részben lehetséges természetes úton (szájon át) akkor alternatív táplálási módokat megtalálása és begyakorlása a cél.

1./ A páciensek állapotának jellemzése

1.1. Betegség / baleset / rendellenesség és a kialakult károsodás / funkciózavar / fogyatékoság leírása

SZABÁLYKÖNYV

1.2. Állapot-súlyosság: A rehabilitációra kerülő személyek állapot-súlyossága a program kezdetén limitek megadásával: közepesen súlyos

SZABÁLYKÖNYV

1.3. Humán erőforrás szükséglet

1.3.1. Ápolói szükséglet: nagy

1.3.2. Specifikus szakdolgozói szükséglet: bővített csomag: nyelészavar kezelésében is jártas logopédus, foniáter, dietetikus, gyógytornász, aki jártas a nyelésben részt vevő izmok tornáztatásában, családterápiában jártas pszichológus, gyermek pszichológus, neuropszichológus, szociális munkatárs, gyógymasszőr, ergoterapeuta, konduktor vagy gyógypedagógus.

1.4. Fogyóanyag szükséglet

1.4.1. Napi átlagos gyógyszer szükséglet: nagy

Alapbetegség(ek) miatt szükséges típusos gyógyszerek: alapbetegség függvényében változó: antiepileptikumok, hypertonia, szív, diabetes, lipid szerek, thrombocytá aggregatio gátló, gastroenteralis motilitást fokozó szerek, antidepresszánsok, szorongásoldók

Rehabilitáció során szükséges gyógyszerek: parenterális táplálás, infúziók, antispasztikus szerek,

1.4.2. Napi átlagos kötszer- egyéb orvosi és orvostechnikai anyag szükséglet: nagy

Alapbetegség(ek) miatt gyakran szükséges anyagok: pozicionálók (egyedi)

Rehabilitáció során szükséges anyagok: változó sűrűségű anyagok nyeléshez, változatos speciális ételek, rágnivalók; gastrotubus tápláláshoz speciális tápszer; speciális evőeszközök, étkezési kellékek, palenka, katéter

1.4.3. Napi átlagos diagnosztikai anyag (fogyóeszköz) szükséglet: közepes

Alapbetegség(ek) miatt szükséges diagnosztikai anyagok: társbetegségek számától függ

Rehabilitáció alatt szükséges diagnosztikai anyagok: különböző sűrűségű kása, viselkedés megfigyeléshez video felvétel; étkezés megfigyeléshez eszközök (egyszer használatos)

2./ Betegutak leírása

2.1. Hogyan kerül a páciens rehabilitációra?

Az esetek nagy részében a paciensek az akut ellátó osztályról, esetleg az intenzív osztályról kerülnek előzetes konzílium után a rehabilitációs osztályra, de történhet másik rehabilitációs osztályról, vagy ambulanciáról is átadásra, ha a nyelészavar a vezető tünet. A táplálékfelvétel egyéb zavarai miatt neurológiai, gastroenterologia, fül -orr-gégészeti / háziorvosi / beutalóval. Időnként a gyermek speciális oktatási intézményének kérésére kerül gyermeket rehabilitációs ellátásba

2.2. Mi a jellemzője az adott betegcsoportnak a rehabilitációs ellátás időzítésére vonatkozóan?

jellemzően elsőbbségi, ritkán programozható

3. / A rehabilitációs ellátó helyre vonatkozó kívánalmak leírása

Fekvőbeteg ellátás, elsőbbségi (kivételesen programozható)

Bővített csomag, III. szinten: Résztvevő intézmények a rehabilitációs medicina 2205 III. szintű vagy 2209 szakmakódú osztályok és III. szintű fül-orr-gége osztály, nyelészavar diagnosztikában jártas radiológiai szolgáltató.

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: azok a betegek tekinthetők speciális ellátási szükségletűnek, akik

- a rehabilitáció során táplálékfelvételi zavar miatt olyan beavatkozásokat igényelnek, mint a 95660 és 94200 vagy 94210
- a rehabilitáció során a súlyos táplálékfelvételi nehezítettséget komplex módon (pszichológiai, ergoterápiás, logopédiai, gyógytorna és fizioterápiás) módszerekkel szükséges megoldani
- rehabilitációra alkalmas állapotban vannak, azaz terhelhetők és eredmény várható az ellátástól
- esetében reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- valóban elérték a rehabilitáció során a kitűzött célokat

Tartama: 14-70 nap

A(4) Rövidbél szindrómás betegek rehabilitációs ellátása 10-1-es vagy 18-6-os programon belül és/vagy táplálékfelvételi zavarok miatt súlyos malnutrició állapotában lévő betegek rehabilitációs ellátása

Ellátási feltételek elsőbbségi és programozható rehabilitáció esetében: Súlyos állapotúnak tekinthető az a beteg,

- a beteg rehabilitációra alkalmas állapotban, azaz terhelhető és eredmény várható az ellátástól
- a betegnél reális cél vagy célok tűzhetők ki a rehabilitáció időszakában (konkrét tesztekkel előre meghatározott teljesítmény / funkció előre vetítése szükséges)
- a beteg valóban elérte a rehabilitáció során a kitűzött célokat

Tartama: 14-50 nap

Dysphagia esetén: nyeléspróba elvégzésére alkalmas RTG, folyadék sűrítő anyag, nyelészavar diagnosztikájában, kezelésében jártas gégész, endoszkóp, PEG beültetés (szakember, szakanyagok);

Egyéb táplálék-felvételi zavarokban: speciális pozicionálók és szükség esetén a parenterális táplálásra

legyenek képesek. Gyermekes esetében a szülő(k) elhelyezéséről a gyermekkel azonos kórteremben gondoskodni szükséges.

Ismételt felvétel rehabilitációs céllal elsőbbségi rehabilitáció befejezését követően

Ismételt rehabilitáció válhat szükségessé, ha az evési / táplálék-felvételi / nyelési zavar visszatér vagy romlik az elsőbbségi rehabilitáció befejezése után

- kiújuló anya-gyermek kapcsolati zavar miatt – **általában programozható**
- interkurrens betegség visszaveti a per os táplálhatóságot, amely még nem rögzült kellően (PEG nagy NG szonda mellett végzett evési tréning után) – **általában elsőbbségi**
- a nyelészavar visszatér a figyelmi / mentális funkciók romlása miatt- **általában elsőbbségi**

Ismételt ellátás esetén az elsőbbségi rehabilitációnál levő FNO-k kódolandók.

Jellemző	Minősítő
1.2. állapot súlyosság a betegek 70-90 %-ára jellemzően (N/Kp/k)	közepes
1.3.1. ápolói szükséglet (N/Kp/k)	közepes
1.4.1. gyógyszer szükséglet (N/Kp/k)	közepes
1.4.2. kötszer és egyéb orvostechnikai anyag szükséglet (N/Kp/k)	közepes
1.4.3. diagnosztikai anyag szükséglet (N/Kp/k)	kicsi
3.1. ellátási csomag (alap/bővített)	bővített
3.2. ellátási szint (I/II/III)	III
3.3. ellátás helyszíne (fekvőbeteg/NK/járóbeteg)	fekvőbeteg, esetleg a III. szintű ellátó szakambulanciája nagy nappali ellátása*
3.4. ellátás várható tartama (től – ig)	
Ismételt rehabilitáció várható tartama	14-30 nap
jellemző betegutak	szakorvos / kórház vagy háziorvos (házi gyermekorvos) → rehabilitációs szakambulancia, majd osztály
	rehabilitációs osztály szakambulanciája → rehabilitációs osztály

*kivételes esetben elég lehet a nappali ellátás nagy napközben néhány órás ellátás, de ezt is naponta kell végezni

4./ A rehabilitációs terápiás program kötelezően elvégzendő és dokumentálandó elemei az adott betegcsoportban

SZABÁLYKÖNYV

5./ A rehabilitáció eredményességének értékelése

5.1. Változást jellemző teszteredmények: kötelező: FNO, testsúly, FIM, Barthel, célskála, célskála.

5.2. Kimeneti jellemzők: Testsúly megtartása vagy növekedése, az anya-gyermek kapcsolati zavar oldódása