

Az alapellátás és a rehabilitációs medicina közös útkeresése a fogyatékoság megelőzése és a rehabilitáció fejlesztése érdekében

Békássy Szabolcs dr.^{1, 2} ■ Cserhádi Péter dr.^{3, 4}
Dénes Zoltán dr.^{3, 5} ■ Fazekas Gábor dr.^{3, 6} ■ Kullmann Lajos dr.⁷
Szabó János dr.⁸ ■ Vámos Henrietta dr.^{1, 9}

¹Országos Kórházi Főigazgatóság, Alapellátásfejlesztési Igazgatóság, Budapest

²Háziorvosok Online Szervezete, Budapest

³Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Rehabilitációs Klinika, Budapest

⁴Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar,
Fizikális Medicina és Rehabilitáció Önálló Tanszék, Pécs

⁵Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Rehabilitációs Medicina Tanszék, Budapest

⁶Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar,
Rehabilitációs Medicina Tanszék, Szeged

⁷Eötvös Loránd Tudományegyetem, Gyógy pedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézet, Budapest

⁸Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Családorvosi Tanszék, Budapest

⁹Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar,
Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék, Debrecen

Az Egészségügyi Világszervezet, felismerve a kielégítetlen rehabilitációs szükségletek növekvő volumenét, a közel-múltban határozatot hozott a rehabilitációs szolgáltatások megerősítésének fontosságáról. A dolgozat először a hazai helyzetet méri fel, mind az alapellátás, mind a rehabilitációs szakellátás oldaláról, és bemutatja mindkét terület jelentős erőforrás- és kapacitáskorlátjait is. Az utóbbi évek nemzetközi közleményei többek között rámutatnak az integrált rehabilitációs ellátás szükségességére, számba veszik a lehetséges megoldásokat, és bemutatják a megvalósítás során tapasztalható kihívásokat is. A dolgozat röviden ismerteti néhány, az integrált rehabilitációs ellátás szempontjából fontos korábbi hazai tapasztalatot és eredményt is. A jelenlegi helyzet javítása és az integrált ellátás tervezése is feltételezi, hogy a funkcióképesség korlátozottságának hazai mértéke feltárásra kerüljön, valamint azt is, hogy az adatok lehetőleg az életkori, települési és alapbetegségek szerinti megoszlás vizsgálatát is lehetővé tegyék. Ennek érdekében javaslatot teszünk egy új alapellátási indikátornak, a funkcióképesség önértékelésen alapuló felmérésének a bevezetésére, továbbá a megvalósítás kivitelezésére, lehetséges módszereire és a megvalósítás feltételrendszerére is. *Orv Hetil.* 2024; 165(38): 1483–1492.

Kulcsszavak: a funkcióképesség felmérése, rehabilitáció, integrált ellátás, háziorvosi indikátorok

Joint search of primary care and rehabilitation medicine to prevent disability and improve rehabilitation

World Health Organization has recognized the growing volume of unmet rehabilitation needs and has recently adopted a resolution on the importance of strengthening rehabilitation services. The paper first assesses the domestic situation, both from the side of primary care and rehabilitation specialist care and presents the significant limitations of resources and capacity in both areas. International publications of recent years point out, among other items, the need for integrated rehabilitation care, take account of possible solutions and present the challenges encountered during implementation. Some previous experiences and results important for integrated rehabilitation care in Hungary are also briefly presented in the paper. The improvement of the current situation and the planning of integrated care also presuppose the exploration of the extent of the limitations of functioning in Hungary. Additionally, it is

intended that exploration of the data should allow the examination of the distribution by age, settlement and underlying diseases. To this end, we propose the introduction of a new primary care indicator based on self-assessment of functioning, furthermore, the implementation of possible methods and the conditions of implementation.

Keywords: functional assessment, rehabilitation, integrated care, general practice indicators

Békássy Sz, Cserhádi P, Dénes Z, Fazekas G, Kullmann L, Szabó J, Vámos H. [Joint search of primary care and rehabilitation medicine to prevent disability and improve rehabilitation]. *Orv Hetil.* 2024; 165(38): 1483–1492.

(Beérkezett: 2024. június 12.; elfogadva: 2024. július 2.)

Rövidítések

BNO-11 = a Betegségek Nemzetközi Osztályozásának 11. változata; COPD = (chronic obstructive pulmonary disease) krónikus obstruktív tüdőbetegség; COVID-19 = (coronavirus disease 2019) koronavírus-betegség 2019; CT = (computed tomography) komputertomográfia; DALY = (disability-adjusted life years) fogyatékkal korrigált életevek; EESZT = Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér; EFOP = Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program; FNO = Funkcióképeségek Nemzetközi Osztályozása; GDPR = (General Data Protection Regulation) az Európai Unió általános adatvédelmi rendelete; ICPC-2 = (International Classification of Primary Care) a Betegségek Nemzetközi Osztályozásának háziiorvosi változata; MR = mágneses rezonancia; NEAK = Nemzeti Egészségügyi Alapkezelő; NHS = (National Health Service) Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (Nagy-Britannia); OECD = (Organisation for Economic Co-operation and Development) Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet; OORI = Országos Orvosi Rehabilitáció Intézet; REP = Rehabilitációs Ellátási Program; TEP = (total endoprosthesis) teljes ízületi protézis; TFI = (Tilburg Frailty Indicator) Tilburgi Esendőség Indikátor; TIA = (transient ischemic attack) átmeneti ischaemiás attack; VEKOP = Versenyképes Közép-magyarországi Operatív Program; WHODAS = (WHO Disability Assessment Scale) a WHO fogyatékosággfelmérő kérdőív

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Végrehajtó Bizottságának 2023-ban lezajlott 152. ülése – felismerve a kielégítetlen rehabilitációs szükségletek volumenét és annak folyamatos növekedését – határozatot hozott a rehabilitációs szolgáltatások megerősítésének szükségességéről [1]. A határozat előterjesztői között Magyarország is szerepelt. Az ellátás valamennyi szintjén szükség van a rehabilitáció megerősítésére. A szükségletek kielégítésének feltétele a fogyatékoság felismerése. A megvalósítás céldátuma 2030. A megvalósulás haladását két évente monitorozni fogják. A folyamatosan növekvő szükségletet csak a szakszemélyzet létszámának növelésével, valamint a meglévők továbbképzésével lehet kielégíteni. A fentieket ismertette ez év elején *Sivan és Negrini*, hangsúlyozva, hogy a WHO Közgyűlés megállapításait a fenti határozatról valamennyi tagország elfogadta [2]. Korábban, hazai körülmények között, az integrált rehabilitációs ellátás fontosságát hangsúlyoztuk a növekvő szükségletek miatt, amely az alapellátástól a magasan specializált szakellátásig minden szintet magában foglal,

és amelynek nemzetközi példáit is bemutattuk [3, 4]. A fentiek alapján fontosnak tartjuk, hogy az alapellátás minőségi indikátorai között is megjelenjen a funkcióképesség felmérése, főleg az idős, esendő lakosság esetében. Az így nyert adatok a teljes egészségügyi ellátás tervezését is támogathatják.

A háziiorvosi ellátórendszer helyzete és kihívásai

A háziiorvosi ellátórendszer struktúrája a rendszerváltás környékén megvalósuló jelentős változásokat követően 2021 elején újabb jelentős mérföldkőhöz érkezett. Megszületett egy kormányhatározat, amely megteremtette a praxisközösségi együttműködés keret- és szabályrendszerét, ezáltal a praxisközösségi együttműködés intézményesült Magyarországon [5]. Az új szabályozást követően napjainkban megközelítőleg 3000 háziiorvos és házi gyermekorvos végzi tevékenységét olyan praxisközösségekben, amelyek meghatározott személyi és tárgyi feltételek teljesülése esetén a jövőben különféle többlétszolgáltatások nyújtására képesek. Egyúttal a prevenció és gondozási tevékenységek hatékonyabb megvalósításának színhelyei lehetnek [6]. A praxisközösségi rendszer intézményesülése ellenére számos kihívással is szembe kell nézni. A tartósan betöltetlen körzetek száma évről évre növekszik, a betegutak menedzselése egyre nehezebb, mindemellett pedig a betegforgalom mértéke még a COVID-19-pandémia idején mértnél is nagyobb manapság.

Az alapellátást érintő nehézségek mellett a járóbetegszakellátás, valamint a fekvőbeteg-ellátás is nehézségekkel küzd. Ezért meg kell találni azokat a kitorési pontokat, amelyek mentén az egészségügyi ellátórendszerben rendelkezésre álló lehetőségek keretein belül a jelenleginél sokkal eredményesebb és hatékonyabb betegutamentzment valósítható meg. A fenti igény nem csupán a klasszikus betegutak során jelenik meg, hanem bizonyos rehabilitációval, krónikus beteggondozással kapcsolatos tevékenységek, szolgáltatások esetén egyaránt. Az alapellátásban a fenti célok eléréséhez azonban még számos további szabályozásra, humánerőforrás-bővítésre lesz szükség. Nem utolsósorban pedig a klinikai tudományok képviselőivel közösen meg kell határozni azokat a szem-

pontokat, hogy miként lehet hatékonyabban együttműködni a betegellátás javítása érdekében. Ennek talán egyik legfontosabb eleme lesz a feladatok pontos elkülönítése az egyes szolgáltatói szintek között. Ezt követi azoknak a szakmai protolloknak, ellátásrendeknek, indikátoroknak és a praxisközösségekben elvégezhető szakmai tevékenységeknek a meghatározása, amelyek lehetővé teszik, hogy az alapellátás szintjén bizonyos betegcsoportok gondozásával kapcsolatos teendők magas szakmai színvonalon és a jelenleginél koordináltabb módon valósuljanak meg [7].

A praxisközösségek jogszabályi alapjainak lefektetésén túl történt néhány intézkedés a közelmúltban, amelyek ezt a célt szolgálják, de ezeknek jelentős hatása ez idáig még nem volt szignifikáns mértékben mérhető. A praxisközösségekben egyfajta elszámolási rendszerben megvalósulnak bizonyos praxisközösségi többlétszolgáltatások. Ezek egyelőre csak támpontot adnak a háziorvosi praxisek alaptevékenységen túli szolgáltatásainak bővítési lehetőségeire, a valós, a finanszírozási rendszer szintjén is megjelenő ösztönzők még hiányoznak a szisztémából. A finanszírozási rendszer közvetlen módon nem támogatja a praxisközösségi tevékenységek hatékonyabb megvalósítását, ugyanakkor praxisközösségi tagságtól független módon, generálisan minden praxisra kiterjedő, jelentős változáson esett át tavaly év elején. Az úgynevezett indikátoralapú finanszírozás aránya a háziorvosi bértámogatás bevezetését követően 3% alá esett, ez OECD-országokkal való összevetésben is rendkívül alacsony aránynak minősült [8].

A tavaly bevezetett változtatások bizonyos fix típusú finanszírozási elemek kivonásával az indikátoralapú finanszírozás arányát 12% fölé emelték a praxisok teljes finanszírozásához képest. Ugyanakkor szakmai szempontból az egész rendszer lényeges revízióra szorul [9]. Említést érdemlő probléma, hogy a jelenlegi indikátorkészlet többsége strukturális indikátor, amelyek helyett minél nagyobb arányban a minőségi munkavégzést valójában díjazó folyamat- és kimeneti indikátorokat kellene bevezetni. Mindezen felül megállapítható, hogy a hazai indikátorkészlet rendkívül szerény, mindösszesen 12 elemből áll, ezzel szemben a brit National Health Service (NHS) indikátorkészlete a legkülönbébb klinikai területeken százas elemszámban mérhető. A fentiek értelmében meghatározó kitörési pontként azonosítható, hogy a klinikai szakmák képviselőinek bevonásával olyan új indikátorokat határozzunk meg, amelyek hosszú távon népegészségügyi, valamint betegút-menedzselési szempontból is jelentős hatást gyakorolnak az ellátórendszer egészének működésére.

A rehabilitációs ellátórendszer helyzete és kihívásai

A Magyar Rehabilitációs Társaság 1966-ban alakult meg. A szakterület nemzeti központját (Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet – OORI) 1975-ben alapították, a rehabilitációs diszciplína 1978 óta művelhető önálló szakvizsgálóval. Az utóbbi elnevezése többször változott,

1. táblázat | A rehabilitációs ellátások szakmakódjai, ágyszámai és finanszírozása 2019. és 2023. decemberben [11]

Elnevezés	Szakmakód*	Ágyszám, 2019**	Ágyszám, 2023**	Finanszírozási szorzó × 6600 Ft napidíj***
Rehabilitációs medicina alaptevékenység	2200	6 993	6 619	1,3–1,5–2,0
Gyermekrehabilitáció	2205	184	169	2
Súlyos agykárosodott betegek rehabilitációja	2206	158	170	4,2–7,3
Gerincvelő-károsodott betegek rehabilitációja	2207	102	102	4,2–7,3
Politraumatiszt, égés- és szeptikus sebészeti betegek rehabilitációja	2208	153	138	4,2
Súlyos központi idegrendszeri károsodott, politraumatiszt, égés- és szeptikus sebészeti betegek rehabilitációja gyermekkorban	2209	45	45	4,2
Kardiológiai rehabilitáció	4003	1 740	1 400	1,3–1,5–2,0
Tüdőgyógyászati és légzésrehabilitáció	1903	774	721	1,3–1,5–2,0
Pszichiátriai rehabilitáció	1804	3 546	2 907	1,3–1,5–2,0
Addiktológiai rehabilitáció	1806	846	676	1,3–1,5–2,0
Gyermek- és ifjúságpszichiátriai rehabilitáció	2301	101	117	2,0–2,8
Gyermek- és ifjúságaddiktológiai rehabilitáció	2303	65	70	2,0–3,5
Összesen		14 707	13 134	

*2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről

**http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_forgalmi_adat/fekvobeteg

***43/1999. (III. 3.) Korm. Rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól, 8. sz. melléklet

2003-tól az európai uniós szakmai harmonizáció miatt fizikális medicina és rehabilitációs orvoslássá módosult. Ez 2016-tól egyszerűsödött a jelenleg általánosan elfogadott rehabilitációs medicinává [10].

A hazai fekvőbeteg-kapacitás több mint egyötöde (22%) rehabilitációs, 2019 decemberében közel 15 ezer ágyon végeztek ilyen tevékenységet hazánkban. Az elmúlt évtizedben szisztematikusan egyszerűsödött a szakmakódok szerkezete és tartalma. A klinikai etiológia helyett a funkcionális szemlélet került előtérbe. Azon belül a speciális betegcsoportok és progresszív ellátási szintek definiálására való törekvést mutatja a pandémia előtti és utáni évek kapacitáeloszlása a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) adatai alapján (*1. táblázat*) [11].

Fejlődés 2010 és 2020 között

A rehabilitációs progresszivitás és terápiás igény finanszírozásban történő megjelenítésére a napidíjas rendszer még differenciálva sem alkalmas. Ezért kezdte meg a szakma 2016-tól a NEAK-kal együttműködésben az esetfinanszírozás megalapozását. Ezt a célt a nagyobb betegcsoportokat felölelő Rehabilitációs Ellátási Programok (REP-ek) kialakítása révén szeretnék elérni. A rehabilitáció jelenleg szinte az egyetlen szakterület, ahol rendszeres ágazati ráfordítási vizsgálat folyik. Ebben a különböző terápiás tevékenységek napi időtartam-rögzítése mellett eredményességelemzés is történik az elért funkcionálisállapot-skálák és -tesztek értékeinek kötelező rögzítése révén. A 25 REP a szakmai minimumfeltételekről szóló rendeletben, a kódolási szabályok pedig önálló rendeletben jelentek meg 2021 nyarán [12].

Ebben az időszakban számos egyéb, a rehabilitációs ellátásokat érintő finanszírozási és strukturális változás is történt. Kodifikálták a rehabilitációs nappali ellátásnak, valamint a súlyos agy- és gerincvelősérültek korai rehabilitációjának a szakmai feltételeit, és az OORI-ban elindultak az első ilyen osztályok. A fokozódó igényt késéssel követve, de létrejöttek a hazai gyermekaddiktológiai hálózat első elemei. A megszűnt szanatórium fogalom helyett megjelentek a gyógytényezővel (gyógyvíz, barlang) végzett, illetve a nem rehabilitálható, például éber kómás betegek ellátását végző speciális krónikus ellátások. Kedvezően módosult a rehabilitációs időszakban végzett CT-MR vizsgálatok, valamint konzíliumok elszámolása. Megszűnt továbbá az aktív-rehabilitációs átvett korábban érintő ún. garanciális szabály is.

A 2007–2013. évi európai uniós ciklusban jelentős infrastrukturális fejlesztés is megvalósult a hat konvergenciaregiónban. Az először alkalmazott térségi konzorcialis modell fókuszában a pszichiátriai-addiktológiai fekvőbeteg-, valamint a kardiológiai-pulmonológiai járóbeteg-ellátás volt. Ennek révén jelentek meg a vidéki orvosegyetemeken a magas progresszivitású, súlyos stroke- és agysérült betegek ellátására is képes egységek is. Ez teremtette meg a lehetőségét az önálló orvosegyetemi

tanszékek megalakításának, amely 2019-ben a Semmelweis Egyetemen fejeződött be. Egyidejűleg hazánkban először itt indult meg a kötelező rehabilitációs graduális képzés magyar–német–angol nyelven is. Az utóbbi években számos további rehabilitációs teamtag képzése valósult meg egyetemi szinten. A neuropszichológusok, a felnőttellátásra is specializálódott konduktorok, a hang-, beszéd- és nyelésterapeuták oktatásának bázisa a Semmelweis Egyetem lett. A klinikai irányú logopédia-mesterképzés az Eötvös Loránd Tudományegyetemen, illetve a BSc-ergoterapeutaké és a BSc ortopéd műszerészeké a Pécsi Tudományegyetemen kezdődött el.

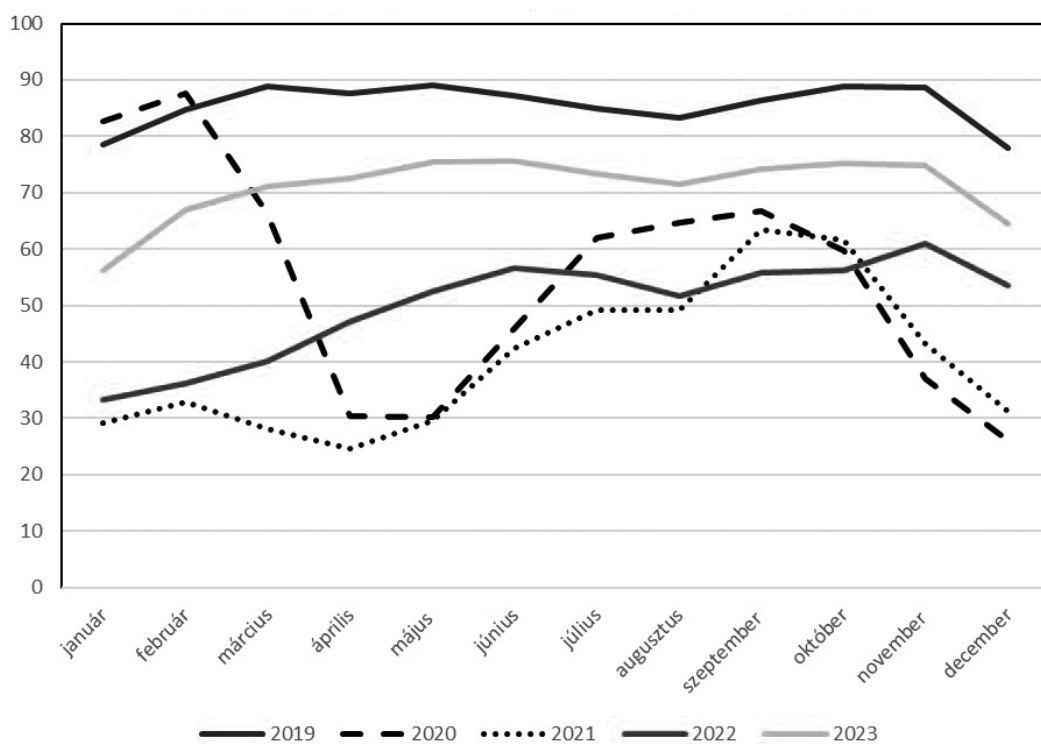
Mindezek gyakorlati oktatási lehetőségét jelentős mértékben az országos intézet biztosította. Itt a Semmelweis Egyetem medikus- és szakorvosképzése mellett a hazai klinikai szakpszichológusok, gyógytornászok, ápolók és masszőrök képzésének egyik bázisa is létrejött. Az OORI-ban az elmúlt évtizedekben kialakult a speciális aktív ellátásnak (rekonstrukciós ortopédiai, szeptikus és amputációs sebészet, neuromoduláció) és a hozzájuk tartozó rehabilitációs területeknek az együttműködése. Kiepültek a betegutak a súlyos stroke-betegek, agy- és gerincvelősérültek korai átvételére képes szubintenzív részlegektől a nem rehabilitálható éber kómás betegek ápolásáig. Számos új szakterület bevezetése is itt történt meg a magyar ellátási gyakorlatba (ergoterápia, sportterápia, zeneterápia, logopédia, ortopéd műszerészet, alsó és felső végtagi protetika, urodinamika, modern technológiák, robotika stb.).

A COVID-19-pandémia következményei

A 2020 márciusától kezdődő járványhullámok és az azokkal kapcsolatban tett szakmai-ágazati lépések az aktív területnél nagyobb mértékben hatottak a rehabilitációs ellátásokra. Az első hullámban a kötelező ágyszámcsökkentés, majd a 2. és 3. hullámban a karantén- és terápiás osztályok létrehozása számos helyen a rehabilitációs kapacitásokból és személyzettel valósult meg. Ennek következtében a rehabilitációs betegellátás esetszáma a 2019. évi bázishoz képest előbb a harmadára, majd 2021-ben a negyedére és 2022 elején is a harmadára esett vissza. Az országos átlag még 2023 elején sem érte el a 2019. évi bázis 60%-át, és év végén is 15–20%-os elmaradás mutatkozott (*1. ábra*). Mindez különösen elgondolkodtató, ha összevetjük az *1. táblázat* adataival, amelyek egyes nagyobb rehabilitációs területeken (felnőttpszichiátria és -addiktológia, illetve -kardiológia) jelentős ágyszámcsökkenést (20–20–18%) igazoltak.

Kihívások, fejlesztési lehetőségek

A munkaerőpiaci kínálat beszűkülése, az ismert demográfiai trendek, a kórházi aktív ellátások felgyorsulása a noninvazív és sürgősségi szemlélet terjedésével kiemelten aláhúzza a sikeres társadalmi és munkaerőpiaci reintegrációért felelős rehabilitációs terület jelentőségét.



1. ábra Rehabilitációs ágykihasználtság (%) 2019–2023

Forrás: https://neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_forgalmi_adat/fekvobeteg_szakellatas_stat/fekvo_havi_jelentes

Erre az ágazati átalakító folyamatok (vármegyei irányítási modell kiépítése, ügyelet és alapellátás átszervezése, kórházak üzemeltetésének centralizálása) közben kiemelten szükséges fókuszálni.

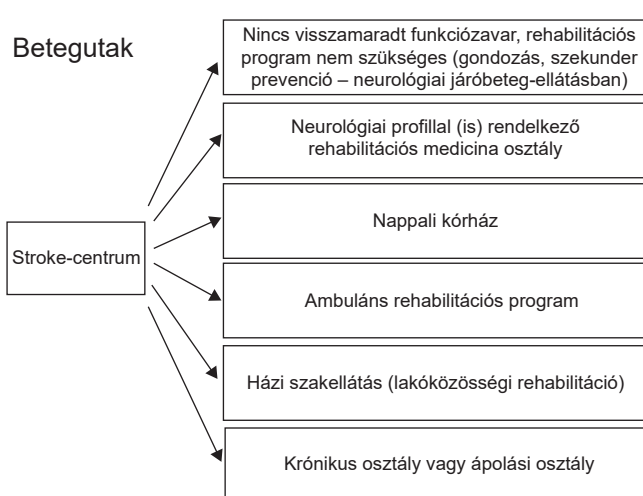
A jelen hangsúlyos feladatai: az integrált, lakóközösségi rehabilitáció szélesítése az alapellátás ilyen irányú erősítésével, például a praxisközösségekben rehabilitációs teamtagok (logopédus, mozgásterapeuta, szociális munkás) alkalmazásával, építve ebben a terapeutai és szakdolgozói béremelés kedvező elemeire. Fontos a háziorvosi és az otthoni szakápolási szolgálatok, valamint a területi szociális és karitatív szolgáltatók tevékenységének összehangolása. További fontos feladatokat jelent a szakellátásban a járóbeteg- és nappali ellátások fejlesztése a mobilis betegek számára; a vármegyei, regionális és országos rehabilitációs progresszivitás erősítése a felnőtt- és gyermekellátásban; a rehabilitációban is megjelenő fejlett, robotos technológia centrumokba telepítésével és közfinanszírozásának szélesítésével a hazai hozzáférés segítése; a REP-ráfordításvizsgálat folytatása, kiértékelése, a valós értéken esetfinanszírozott betegcsoportok kialakítása és bevezetése [3].

Lehetséges betegutak a stroke utáni rehabilitációban

A stroke mint betegútmodell jelentőségét rehabilitációs szempontból az adja, hogy gyakori megbetegedés, és az akut ellátásban végbement jelentős fejlődés (centrumok-

ban történő ellátás, rekanalizációs eljárások) ellenére is sok esetben jár tartós funkcióvesztéssel, súlyos, számos területre kiterjedő fogyatékossgal. A stroke Magyarországon évente mintegy 30 ezer beteget jelent, akiknek kétharmada túlélő, és egyharmaduk, mintegy 10 ezer fő a fekvőbeteg-ellátásban igényel rehabilitációt [13–15]. A kórházi rehabilitációra nem szoruló betegek egyik része enyhe tünetekkel otthonába kerül, esetleg tünetmentesen gyógyul. Másik részük olyan súlyos állapotú, multimorbid, gyakran idős beteg, aki fizikailag és szellemileg sem képes a rehabilitációs programban részt venni. Ők gondos ápolást igényelnek, de gyógytornára (amely önmagában nem jelent rehabilitációs programot) nekik is szükségük van.

Rehabilitációs tevékenységek az akut ellátásban is történnek, így gyógytorna, a nyelészavar felmérése és szükség esetén a nyelésterápia megkezdése, verbális kommunikációs zavar esetén logopédiai vizsgálat és az első terápiai foglalkozások, ugyanez a neuropszichológia vonatkozásában. A stroke-centrumból a 2. ábra szerint kerülhet további ellátásra a páciens. Fontos: amennyiben a kezelőorvos úgy látja, hogy a betegnek rehabilitációra van szüksége, és alkalmas is rá, fel kell vennie a kapcsolatot (általában a területileg illetékes) rehabilitációs osztállyal. Amennyiben a beteg az ott biztosíthatónál aktívabb, többféle eljárásból álló programra is képes, vagy speciális ellátást igényel, akkor egyetemi klinika is megkereshető. Ez a kapcsolatfelvétel mindig a kezelőorvos feladata, nem ruházható át a családra. A rehabilitációs



2. ábra | Betegutak a stroke utáni rehabilitációban: az egyes ellátási formák átjárhatók

szakorvos a kezelőorvos referálása alapján dönt arról, hogy:

- kórházi, a fekvőbeteg-ellátásban történő rehabilitációra előjegyzi, átveszi a beteget;
- személyesen megnézi rehabilitációs konzílium keretében, és dönt a rehabilitációról, annak helyszínéről;
- a rehabilitációs osztály ambulanciájára kéri irányítani a beteget;
- a telefonon történt referálás alapján is eldönthető, hogy – legalábbis annak időpontjában – nem alkalmas rehabilitációra a beteg.

A stroke-ot elszenvedett páciens az akut ellátást vagy a rehabilitációt követően (esetleg ápolási vagy krónikus belgyógyászati osztályról) kerül otthonába, a háziorvosa felügyelete alá. Ebben az esetben a háziorvos a beteg kezelőorvosa, ezért az ő kompetenciája, hogy felmérje a páciens funkciózavarait, állapotát, ápolási vagy rehabilitációs szükségletét, irányítsa a lakóhelyen történő vagy a lakóhely közeli betegellátást. Optimális esetben a kórházi ellátó orvos konzultál a beteg háziorvosával a beteg otthoni kezeléséről. Ma ez csak ritkán fordul elő, inkább a speciális ellátási igényű betegek esetében. A kórházból történő kibocsátáskor egyes gyógyszerek felírásához vagy gyógyászati segédeszközök rendeléséhez szakorvosi javaslattal kell ellátni a beteget (például incontinentiatermékek). A rehabilitációs kórházi kezelés után a betegek egy részénél további rehabilitációs vagy egyéb, például ápolási tevékenységek lehetnek szükségesek. A helyi lehetőségektől függően elsősorban szakápolás (mesterséges táplálás, tracheakanül-kezelés, decubitus- vagy sebellátás, hólyagkatéter, incontinentiamenedzsment), illetve a gyógytorna/fizioterápia, logopédia, pszichológia/neuropszichológia, gyógypedagógia terén fejlesztő terápiák szervezésére lehet szükség. Mindezek helyszíne lehet a közeli szakrendelő, de ha rendelkezésre állnak megfelelő szakemberek, a betegek otthonában is történhetnek. Az alap- és a szakellátás együttműködésének te-

lemedicinális lehetőségeit is érdemes vizsgálni. Mindennek jelentős anyagi vonzata is van, a költséghatékonyság a közösségre alapozott ellátások esetében valamivel jobb.

Nemzetközi kitekintés

Célzott szakirodalom-kereséssel megvizsgáltuk, mi történik más országokban. Az NHS alapellátási indikátorprogramjának – amely a hazai háziorvosi indikátorfejlesztés modellje volt – 143 oldalas dokumentumában a „rehabilitation” szó 12 alkalommal szerepel, tudógyógyászati rehabilitációra vagy azon belül a krónikus obstruktív tüdőbetegségek (COPD) rehabilitációjára vonatkozóan [16]. A fogyatékoság (disability) szó 40 alkalommal jelenik meg, a leggyakrabban a tanulási akadályozottság (learning disability) szóösszetétellel, majd a depresszióval kapcsolatban. Egy-egy alkalommal osteoporoticus törésekkel, a munkaképességgel, a fogyatékosággal korrigált életévvel (DALY – disability-adjusted life years) kapcsolatban is, illetve mint olyan lakossági csoport, amelynek részére megfelelő információ adása szükséges. A funkcióképesség (functioning) csak két alkalommal szerepel, ugyancsak a tanulási akadályozottsággal kapcsolatban. Ez annál inkább különös, mert a WHO 2019-ben elfogadott és 2022. január 1-jével hivatalosan hatályba lépett osztályozási rendszere, a Betegségek Nemzetközi Osztályozásának 11. változata (BNO-11) funkciófelmérést és az ennek dokumentálását lehetővé tevő „V” kódokat is tartalmaz. Ezek az egészségi állapottól függően választható, három egyszerű funkciófelmérő skálával mérhetők fel és írhatók le. A „V” kódokról és jelentőségükről hazai közlemény jelent meg 2019-ben [17]. A WHO 2022-ben kiadott sajtótájékoztatója szerint már 35 ország bevezette a BNO-11 használatát [18].

Az Amerikai Egyesült Államokban a „Productivity Measurement and Enhancement System” felhasználásával kerestek jól hasznosítható egészségügyi minőségi indikátorokat a háziorvosi gyakorlatra vonatkoztatva [19]. Evidenciaalapú fejlesztést végeztek. A közlés idején 44 háziorvosi minőségi indikátoruk volt. Alapvetően fontos szempontoknak tartják, hogy az indikátorok tájékoztassanak az ellátás elérhetőségéről, a páciens és az ellátóteam partneri kapcsolatáról, valamint a technikai minőségről: biztonságos, eredményes, és figyelembe veszi a páciens ökológiai, biológiai és pszichoszociális szükségleteit. A megfelelő minőséget a következők szerint definiálják: *az ellátást interprofesszionális teamek nyújtják az egész emberre célzott, integrált, hozzáférhető, méltányos és elszámoltatható módon, az egyén személyes egészségügyi és jólléti szükségleteinek java részét megcélözva, együttműködve más ellátókkal, a pácienseikkel, hozzátartozóikkal és a közösséggel.* (A definíció értéke, hogy szerepelnek benne a rehabilitációban fontos szempontok, mint a teammunka, az egész ember, nemcsak diagnózisok, hanem jólléti szükségletek is, és a partneri kapcsolatok a páciens-

sekkel és hozzátartozóikkal.) A hazaitól eltérő feltételrendszer és kultúra miatt nem gondoljuk, hogy a fentiek szerint kifejlesztett és javasolt – még nem kipróbált – indikátorok a közeljövőben átvehetők lennének, mégis, a bemutatott célkitűzésekből tanulhatunk.

Egy portugáliai munkacsoport szisztematikus szakirodalom-elemzések áttekintő analízisét végezte egészségügyi indikátorokról, alapellátási hangsúllyal [20]. Több mint 700 indikátort találtak és csoportosítottak különböző szempontok szerint. Az analízist a WHO által kiadott Betegségek Nemzetközi Osztályozásának házi-orsói változata (International Classification of Primary Care – ICPC-2) alapján, de a BNO-11-re is figyelemmel végezték. A rehabilitáció szempontjából fontos indikátorok is találhatóak a gyűjteményben, például mozgás- és légzőszervi károsodásokkal, incontinenciával, tanulási akadályozottsággal, demenciával és depresszióval kapcsolatos tevékenységekre. Többszörös krónikus egészségi állapotokra, esésprevencióra, ellátással kapcsolatos elégedettségre, a páciens és családja életminőségére, képzésben való részvételre, illetve fizetett munkavállalásra vonatkozóak is szerepelnek a listában. Mindezek rámutathatnak arra, hogy a házi-orsó a betegek ezen aspektusait is figyelemmel kíséri-e. Kiemelt területe a listának a kommunikáció megfelelő mértéke, folyamatossága, minősége és személyes jellege.

Egy nemzetközi kutatás alapján a COVID-19-járvány idején a járványkezelésben jobb eredményt mutattak azok az országok, amelyekben jól működő alapellátási hálózat működött. Ezért az alapellátást fontosnak tartják, megfelelő finanszírozását, szervezését és páciensfókuszú működését kulcsszempontokként értékelik [21]. Ajánlják, hogy az ellátás finanszírozási allokációjában jelenjenek meg a minőségi kritériumok, indikátorok is.

Egy holland kutatás alapvető célkitűzése az idős (75 év feletti), esendő, otthonukban élő személyek felismerése, regisztrálása és követése, gyógyszerelési adataik gyűjtése, az önellátás támogatása és a multidiszciplináris teamben végzett munka volt [22]. Az esendőséget ápolók mérték fel a Tilburg Frailty Indicator (TFI) kérdőívvel, amely 10 szociodemográfiai és 15 funkcióképességi kérdést tartalmaz [23]. Támogatásokat szomatikus, funkcionális, szociális, pszichológiai és kommunikációs szükségletek alapján nyújtanak. A protokollban leírt kutatás eredményeiről több részletben számoltak be. Az eredményekről itt nem szólnunk, a módszertan bemutatása a célunk.

Az egészségi állapot, konkrétan a funkcióképesség önkitöltésen alapuló adatgyűjtésének lehetősége felveti az etikus és jogszervi adatgyűjtés feltételeinek megvizsgálását is. Ebből a célból is célzott irodalomkeresést végeztünk. Meglepően kevés találatot kaptunk.

A kérdéssel a legalaposabban egy indiai tanulmány foglalkozik [24]. Indiában a személyes egészségügyi és ellátási adatokat egy, a mi személyi számunknak megfelelő kóddal adóügyi, banki stb. adatokkal is összekapcsolják, ami igen sok kritikát vet fel. Stigmatizációt, hátrá-

nyos megkülönböztetést okozhat. Ráadásul az adatok mobilalkalmazásokban is, meglehetősen széles körben elérhetők. Ez a hátrányos helyzet a szerzőket a kérdés nagyon alapos elemzésére sarkallta. Összegyűjtötték a nemzetközi állásfoglalásokat és szabályozásokat, s az ezeknek való megfelelést szeretnék elérni az Európai Unió általános adatvédelmi rendeletétől (GDPR – General Data Protection Regulation) a mesterséges intelligencia használatának szabályozásáig.

Egy négy európai uniós országot tömörítő kutatásban megállapították, hogy a GDPR az egyes országok eltérő szabályozása szerint nem teljesen azonos adatvédelmet eredményez [25]. Bár a különböző rendszerekben nem találtak gyengeségeket, az adatok – az eltérő szabályozás miatt – nem biztosan alkalmasak nemzetközi összevetésre.

Az Egyesült Királyságban onkológiai klinikai adatokat kapcsolta össze a gondozott betegek egészségi állapotára vonatkozó önkitöltős kérdőívek fél évente elektronikusan gyűjtött adataival, ami az ellátás tervezésén kívül állapotuk követését segíti elő [26]. A technika biztonságosan, jól működött.

Egy szisztematikus irodalomelemzés a páciensek által kitöltött, saját egészségi állapotukra vonatkozó, elektronikusan gyűjtött kérdőívek előnyeit és esetleges kockázatait, hátrányait ismerteti [27]. Átlagosan az érintettek 81%-a válaszolt: a válaszoló betegek jól fogadták a kérdéseket, és javuló kommunikációról számoltak be. Technikai eszközként általában tableteket használtak, amelyeknek kezdeti beruházási költségük van. Fennáll a veszélye, hogy a módszert nem használók a rendszerből kiesnek. Ezt a jelenséget *digitális megosztás*ként (digital divide) nevezték el. Hangsúlyozzák, hogy a rendszert a technikai szabályokra, a titoktartásra és a személyiségi jogokra figyelemmel kell működtetni.

A fentieket összegezve úgy véljük, hogy hazánkban az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatói Tér (EESZT) adatkezelése megfelelő biztonságot nyújt.

Hasznosítható korábbi hazai tapasztalatok

A hazai tapasztalatokat egy korábbi közleményben részletesen bemutattuk [3]. A jelen írás témája miatt néhányat kiemelünk.

Az 1990-es években hazai vizsgálatot végeztünk az idős emberek funkcióképességének felmérésére a WHO akkor kidolgozott fogyatékoságfelmérő kérdőívvel (Disability Assessment Scale: WHODAS). Mintegy 4000, Budapest VIII. kerületében élő, 60 év feletti személy funkcióképességének vizsgálata történt [28]. Az önértékelésen alapuló felmérést a házi-orsók bevonásával és támogatásával szakápolók és alapellátási gyakorlaton lévő IV. éves diplomás ápoló hallgatók végezték. A talált fogyatékoságok száma az életkor előrehaladtával exponenciális arányban növekedett. Ennek a vizsgálatnak a tapasztalatai alapján is gondoljuk azt, hogy a BNO-11 „V” kódjai közül elsősorban a WHODAS 2.0

2. táblázat | Indikátorképzési szempontok az alapellátásban *Belicza és mtsai* alapján* [31], jelentőségük a rehabilitációban, illetve a jelenlegi akadályok (saját szerkesztésű táblázat [10, 17, 32, 33])

Az indikátorok kiválasztási szempontjai, elvárt jellemzők	Példák jelentőségükre, illetve a megvalósítás támogatására a rehabilitációban	Akadályok az elvárt cél szempontjából
Jelentős létszámot érint, népegészségügyi jelentőség, jelentős következményes költség	Stroke, szív-ér rendszeri betegségek, idős és esendő populáció növekvő aránya; jogszabály támogatja**	Korábban végzett orvosok hiányos rehabilitációs ismeretei [32]
A házi orvos által befolyásolható	Igen, legalább beutalással, ha a szükségletet felismeri; jogszabály lehetővé teszi**	
Eredményeit bizonyítékok támasztják alá	Ld. a „Bizonyítékokon alapuló rehabilitációs medicina” könyvet [33], az ellátási útvonalakban az alapellátás is megjelenik	
Alapadatok rendelkezésre állnak	Lehetőségek: a BNO-11 „V” kódjai, azon belül elsősorban a WHODAS 2.0 használata [17]; orvostanhallgatók részére Budapesten kötelező, másutt kötelezően választható rehabilitációs képzés van [10]	Jelenleg rehabilitáció vonatkozásában nem, mert a hazai orvosi gyakorlatban rendszerszerű funkcióképesség-felmérés nem történik
Esetszám, statisztikai elemezhetőség	A WHO becslése szerint a teljes lakosság 10%-a közvetlenül érintett	A szükséglet felismerésének hiányában jelenleg a hazai helyzet nem látható
Azonosítható a számláló és a nevező populációja	A lehetősége adott	Felmérés hiányában jelenleg nem

*A közlemény öt indikátorcsoportot sorol fel: primer prevenció, szekunder prevenció, tercier prevenció (ez utóbbi feladatai részben/elvben azonosak a rehabilitáció feladataival), definitív ellátás (amelybe a rehabilitáció elvben szintén beletartozik) és gyógyszerrendelés

**1997. évi CLIV tv. az egészségügyről 88. § (2) bekezdés b), illetve d), e) és f) pontjai

BNO-11 = a Betegségek Nemzetközi Osztályozásának 11. változata; WHODAS = a WHO fogyatékossgfelmérő kérdőíve

használata a funkcióképesség felmérésére szakápolók által – rövid képzést követően – kivitelezhető lenne. Több országban ennek alternatívájaként „A funkcióképesség, fogyatékossg és egészség nemzetközi osztályozása” (FNO) generikus kategóriakészletével dolgoznak [29, 30].

Hazánkban a gyakran előforduló diagnóziscsoportokra vonatkozó indikátorképzés történt. Érdekesség, hogy létezett indikátor a palliatív ellátásra vonatkozóan, rehabilitációra vonatkozóan azonban nem, kivéve néhány érintőleges területet, mint a depresszió és a tanulási nehézségek [31]. Izgalmas kérdés a rehabilitációra vonatkozó minőségi indikátorok hiánya az általános *indikátorkiválasztási szempontok* tükrében (2. táblázat) [10, 17, 31–33].

Fontosnak tartjuk megemlíteni, hogy az SH8/1 Svájci–Magyar Alapellátásfejlesztési Modellprogram és az EFOP 1.8.0 módszertani program alprogramja, az EFOP-VEKOP praxisközösségi program EFOP 1.8.2.-VEKOP-7.2.3.-17. is lehetőséget nyújtott bizonyos rehabilitációs tevékenységek végzésére. *Dózsa és mtsai* szerint az elsősorban szűrési és prevenció célból alkalmazott szakdolgozó munkatársak terápiás és rehabilitációs szolgáltatások nyújtására is képesek voltak [34]. A modellprogramok rámutattak az emelt szakápolói szükséglet és a képzés fontosságára is.

Végül, megjelent egy kötet a stroke-rehabilitációról, kifejezetten családorvosok munkájának támogatására [35].

Javaslat a funkcióképesség felmérésének bevonására a házi orvosi indikátorok körébe

A házi orvosi ellátásban, gondozásban részesülő betegek gyógyulásához, egészségi állapotuk szinten tartásához a gyógyszeres terápiák mellett gyakran komplex rehabilitációs kezelésre is szükség lenne. Ezek a programok jelenleg a házi orvosi ellátás keretei között csak igen korlátozottan érhetők el.

A lakóhelyközeli ellátások, így a lakóhelyen történő rehabilitációs programok számának növelésében a rehabilitációs szakorvosok és a házi orvosok egyaránt elkötelezettek. Az alapellátásban alapjaiban jelen lévő praxisközösségi működési modell a szükséges szakemberek bevonásával a rehabilitációra szoruló, krónikus betegségekben szenvedők részére hatékony ellátást biztosíthatna [6, 34].

Első lépésként fel kell mérni a rehabilitációra szoruló betegek körét és számát. A házi orvosi szoros praxisközösségekben egy pilotprogram keretében funkcióképesség-felmérő kérdőív kitöltésével és az adatok elemzésével területenként, helyenként meghatározható az ellátási igény, valamint az ellátások típusai.

Megvalósítási javaslat

A szoros praxisközösségi indikátortevékenységei közé kerüljön felvételre a funkcióképesség-felmérő kérdőív szakmai tevékenység listából – mint választható elem – a

praxisban dolgozó ápoló vagy a háziorvos közreműködésével kitölthetően.

A medikai szoftverbe integráltan kell biztosítani a kitöltését, de lehetőséget kell biztosítani a papíralapú kitöltésre is. A papíralapú kitöltéshez az Országos Kórházi Főigazgatóság Alapellátásfejlesztési Igazgatóságának honlapján letölthető formátumban elérhetővé kell tenni a kérdőívet a praxisközösségek működését segítő szakmai anyagok között.

A háziorvosi szoftverben kitöltött kérdőívek anonimáltak, de a szociodemográfiai adatokat is tartalmazó válaszait a szoftver automatikusan továbbíthatja egy megadott e-mail-címre, míg a papíralapon kitöltött kérdőívek válaszait a háziorvosi praxisok meghatározott formában rendszeres időközönként megküldhetik az adott címre.

Javasolt célcsoportok: funkciókárosodással élő betegek csoportja (a mindennapi háziorvosi gyakorlatban a fogyatékoson a betegek a súlyos fogyatékosokat értik, amely jogi kategória a 141/2000. (VIII. 9.) Korm. rendelet definiálása alapján, ezért a célcsoport-meghatározásnál célszerűbbnek tartjuk a funkciókárosodással, funkciócsökkenéssel élők megnevezését):

- TIA-n/stroke-on, cerebrovascularis történésen átesett, illetve egyéb krónikus neurológiai megbetegedéssel (Parkinson-kór, sclerosis multiplex stb.) érintett funkciókárosodott betegek;
- degeneratív mozgásszervi betegségben szenvedők funkciókárosodással;
- osteoporosis miatt gondozott betegek;
- ortopédiai műtéten – elsősorban nagyízületi TEP (teljes ízületi protézis) műtéten – átesettek;
- végtag-amputáció utáni állapotban lévők;
- balesetet, politraumatizációt elszenvedett személyek.

A praxisközösségi tevékenységek között legfeljebb évente egy alkalommal célszerű a tesztet elvégeztetni a célcsoporttal. Kellő tapasztalat birtokában hosszú távon általános indikátorok közé történő integrációját a kérdőív eredményeinek feldolgozása után megfontolandónak tartjuk.

Következtetés

A lakosság idősödése miatt a fogyatékoság jelentőségének és a rehabilitációs szükségleteknek a növekedése várható. Ezzel szemben mind az alapellátás, mind a rehabilitációs szakellátás jelenleg az erőforrások és a kapacitások jelentős korlátjai mellett végzi munkáját. A nemzetközi és korábbi hazai tapasztalatok alapján lehetőség mutatkozik megoldások keresésére. A jelen dolgozat elsősorban a funkcióképességben fennálló korlátozottság felmérésének jelentőségét és lehetőségét mutatja be.

Anyagi támogatás: A közlemény anyagi támogatás nélkül készült.

A szerzői munkamegosztás: A téma előzetes megvitatásában és a cikk elkészítésének tervezésében valamennyi szerző részt vett. Az alapellátással kapcsolatos információ összegyűjtését és első megszövegezését B. Sz., Sz. J. és V. H., a rehabilitációval kapcsolatban ezeket Cs. P., D. Z., F. G. és K. L. végezte. Az irodalomkeresésben B. Sz., Cs. P., D. Z., F. G. és K. L. vett részt. A kézirat megírásában valamennyi szerző részt vett. A cikk végleges változatát minden szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Irodalom

- [1] World Health Organization. Resolution on strengthening rehabilitation in health systems, 2023. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152%2810%29-en.pdf [accessed: June 11, 2024].
- [2] Sivan M, Negrini S. An expanded workforce is needed to strengthen rehabilitation in health systems. *BMJ* 2024; 384: q60.
- [3] Cserháti P, Kullmann L, Dénes Z. Integrated service provision in rehabilitation medicine I. – national backgrounds, strengths, weaknesses. [Integrált rehabilitációs ellátás I. – hazai előzmények, erősségek, gyengeségek.] *IME* 2023; 22(2): 16–22. [Hungarian]
- [4] Kullmann L, Cserháti P, Dénes Z. Integrated services in rehabilitation medicine II. – International experiences and lessons. [Integrált rehabilitációs ellátás II. – Nemzetközi tapasztalatok és tanulságok.] *IME* 2023; 22(3): 5–11. [Hungarian]
- [5] Végvári T. Close practice-community collaborations. [Szoros praxisközösségi együttműködések.] OKFŐ Alapellátásfejlesztési Igazgatóság, Budapest, 2023. Available from: <https://alapellatas.okfo.gov.hu/szoros-praxiskozossegi-egyuttmukodesek/> [accessed: June 6, 2024]. [Hungarian]
- [6] Galvács H, Dózsa K, Mongel I. Role and function of the advanced practice nurses in the GP's prevention order. [A kiterjesztett hatáskörű ápolók szerepe és feladata a háziorvosi prevenciók rendelésben.] *Aranypajzs* 2023; 3: 4. Available from: <https://doi.org/10.56077/AP.2023.3.4> [accessed: May 6, 2024]. [Hungarian]
- [7] Gulácsi L, Békássy Sz, Bittner N, et al. Personalized medicine and healthcare: where are we now, where should we go? [Személyre szabott orvoslás és egészségügy: hol tartunk, merre menjünk?] *Orv Hetil.* 2023; 164: 202–209. [Hungarian]
- [8] Majeed A, Molokhia M. The future role of the GP quality and outcomes framework in England. *BJGP Open* 2023; 7: BJGPO 2023.0054.
- [9] Pálincás A, Vincze F, Kovács N, et al. Could it be better? Further development of methodology for assessing GP performance. [Lehetne jobban?! – A háziorvosi teljesítmény értékelésének módszertani továbbfejlesztése.] *LAM* 2023; 33: 446–458. [Hungarian]
- [10] Dénes Z, Kullmann L. Development of rehabilitation medicine in Hungary, results of the last decades. [A rehabilitációs medicina fejlődése hazánkban, az elmúlt húsz év eredményei.] *Orv Hetil.* 2023; 164: 722–728. [Hungarian]
- [11] Cserháti P. National professional environment and typical trends of rehabilitation medicine. In: Vekerdy-Nagy Zs, Cserháti P, Polgár A, et al. (eds.) *Methodology of rehabilitation and physical medicine. [A rehabilitációs medicina hazai szakmai környezet, jellemző trendek. In: Vekerdy-Nagy Zs, Cserháti P, Polgár A, et al. (szerk.) A rehabilitációs és fizikális medicina módszertana.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2022; pp. 10–16. [Hungarian]*

- [12] Sipos J, Németh J, Cserhádi P. Introduction of performance based financing in rehabilitation care – organizational and institutional-financing experiences. [Teljesítményalapú finanszírozás bevezetése a rehabilitációs ellátásban – szervezői és intézet-finanszírozási tapasztalatok.] *IME* 2019; 18(5): 14–18. [Hungarian]
- [13] Fazekas G, Vásári V, Szabó G. Rehabilitation due to functional limitations following stroke. In: Fazekas G, Cserhádi P, Dénes Z. (eds.) *Basics of neuro-musculoskeletal rehabilitation*. [Rehabilitáció stroke következtében kialakult funkciózavarok miatt. In: Fazekas G, Cserhádi P, Dénes Z. (szerk.) *A neuro-muszkulóskeletális rehabilitáció alapjai*.] *Medicina Könyvkiadó, Budapest*, 2023; pp: 99–129. [Hungarian]
- [14] Dénes Z, Fazekas G, S. Nagy Z, et al. Clinical practice guideline of the Ministry of Human Resources on rehabilitation after stroke. [Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a stroke utáni rehabilitációról.] *Eü Közl.* 2022; 72(6): 859–951. [Hungarian]
- [15] Dénes Z, Borosnyay K, Masát O. Rehabilitation outcome after stroke, in an inpatient neurological rehabilitation unit. [Strokeot követő rehabilitáció eredménye rehabilitációs intézetben.] *Ideggyógy Szle.* 2023; 76: 109–114. [Hungarian]
- [16] National Health Services England. *Quality and outcomes framework guidance for 2023/24*. Last update: April 15, 2024. Available from: <https://www.england.nhs.uk/long-read/quality-and-outcomes-framework-guidance-for-2023-24/> [accessed: June 11, 2024].
- [17] Kullmann L. Coding of functioning in the International Classification of Diseases version 11. [A funkcióképesség kódolása a Betegségek Nemzetközi Osztályozása 11. verziójában.] *IME* 2019; 18(7): 12–14. [Hungarian]
- [18] World Health Organization. *ICD-11 2022 release*. Available from: <https://www.who.int/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release> [accessed: June 11, 2024].
- [19] Hysong SJ, Arredondo K, Hughes AM, et al. An evidence-based, structured, expert approach to selecting essential indicators of primary care quality. *PLOS ONE* 2022; 17: e0261263.
- [20] Ramalho A, Castro P, Gonçalves-Pinho M, et al. Primary health care quality indicators: an umbrella review. *PLoS ONE* 2019; 14: e0220888.
- [21] Hanson K, Brikci N, Erlangga D, et al. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *Lancet Global Health* 2022; 10: e715–e772. Erratum: *Lancet Glob Health* 2023; 11: e504.
- [22] Vestjens L, Cramm JM, Birnie E, et al. Evaluating an integrated primary care approach to improve well-being among frail community-living older people: a theory-guided study protocol. *BMC Geriatrics* 2018; 18: 173.
- [23] Gobbens RJ, van Assen MA, Luijckx KG, et al. The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. *J Am Med Dir Assoc.* 2010; 11: 344–355.
- [24] Bondre A, Pathare S, Naslund JA. Protecting mental health data in India: the case of data linkage with Aadhaar. *Glob Health Sci Pract.* 2021; 9: 467–480.
- [25] Doetsch JN., Dias V, Indredavik MS, et al. Record linkage of population-based cohort data from minors with national register data: a scoping review and comparative legal analysis of four European countries. *Open Res Eur.* 2021; 1: 58. Last update: 26 Apr 2023.
- [26] Ashley L, Velikova G, Downing A, et al. Health-related quality of life in cancer survivorship: predictive power of the Social Difficulties Inventory. *Psychooncology* 2017; 26: 1994–1997.
- [27] Meirte J, Hellemans N, Anthonissen M, et al. Benefits and disadvantages of electronic patient-reported outcome measures: systematic review. *JMIR Perioper Med.* 2020; 3: e15588.
- [28] Kullmann L, Dénes M, Kémenczy J. Assessment of disability in the population above 60 of Budapest, district 8. [A fogyatékoság felmérése Budapest VIII. kerületének 60 éven felüli lakosságában.] *Rehabilitáció* 1998; 8: 81–85. [Hungarian]
- [29] Oral A, Kiekens C, De Friendt P, et al. Development of simple descriptions of the ICF Generic-30 set in different languages: laying the foundation for an ICF-based clinical tool for Europe. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2023; 59: 271–283.
- [30] Ehrmann C, Prodinger B, Stucki G, et al. ICF Generic Set as new standard for the system wide assessment of functioning in China: a multicentre prospective study on metric properties and responsiveness applying item response theory. *BMJ Open* 2018; 8: e021696.
- [31] Belicza É, Kőrösi L, Rapi K. Opportunities of quality assessment in the care provided by general practitioners. [A minőségértékelés lehetőségei a háziorvosi ellátásban.] *Orvostovábbk Szle.* 2010; 17(2): 13–22. [Hungarian]
- [32] Dénes Z, Fazekas G, Zsiga K, et al. Physicians' and medical students' knowledge on rehabilitation. [Rehabilitációs ismeretek kórházi orvosok és szigorlók körében.] *Orv Hetil.* 2012; 153: 954–961. [Hungarian]
- [33] Vekerdy-Nagy Zs. (ed.) *Evidence based rehabilitation medicine*. [Vekerdy-Nagy Zs. (szerk.) *Bizonyítékokon alapuló rehabilitációs medicina*.] *Medicina Könyvkiadó, Budapest*, 2017. [Hungarian]
- [34] Dózsa KM, Mezei F, Kalmár I, et al. Structural change supporting primary care service improvement programs based on the outcomes of primary care practice cluster model programs (2013–2020). [Egészségügyi struktúraváltást támogató, bizonyíték alapú szolgáltatásfejlesztések bemutatása a praxisközösségi modellprogramok (2013–2020) működésének tapasztalatai alapján.] *IME* 2022; 21(3): 3–15. [Hungarian]
- [35] Szél I. *Stroke rehabilitation, primarily for the family doctor*. [Stroke rehabilitáció: elsősorban a családorvos számára.] *UCB Magyarország Kft., Budapest*, 2007. [Hungarian]

(Dénes Zoltán dr.,
Budapest, Szanatórium u. 19., 1121
e-mail: z.denes@rehabint.hu)