

Kerekesszékekben élők nehézségei és lehetőségei; foglalkozási rehabilitáció, autóvezetés, családtervezés

*Köszönettel az OORI Gerincvelősérült Rehabilitációs Osztály munkatársainak:
dr. Klauber András, dr. Both Béla, pszichológusok, gyógytornászok, konduktorok,
fizioterápiás asszisztensek, szociális munkás, ápolók*

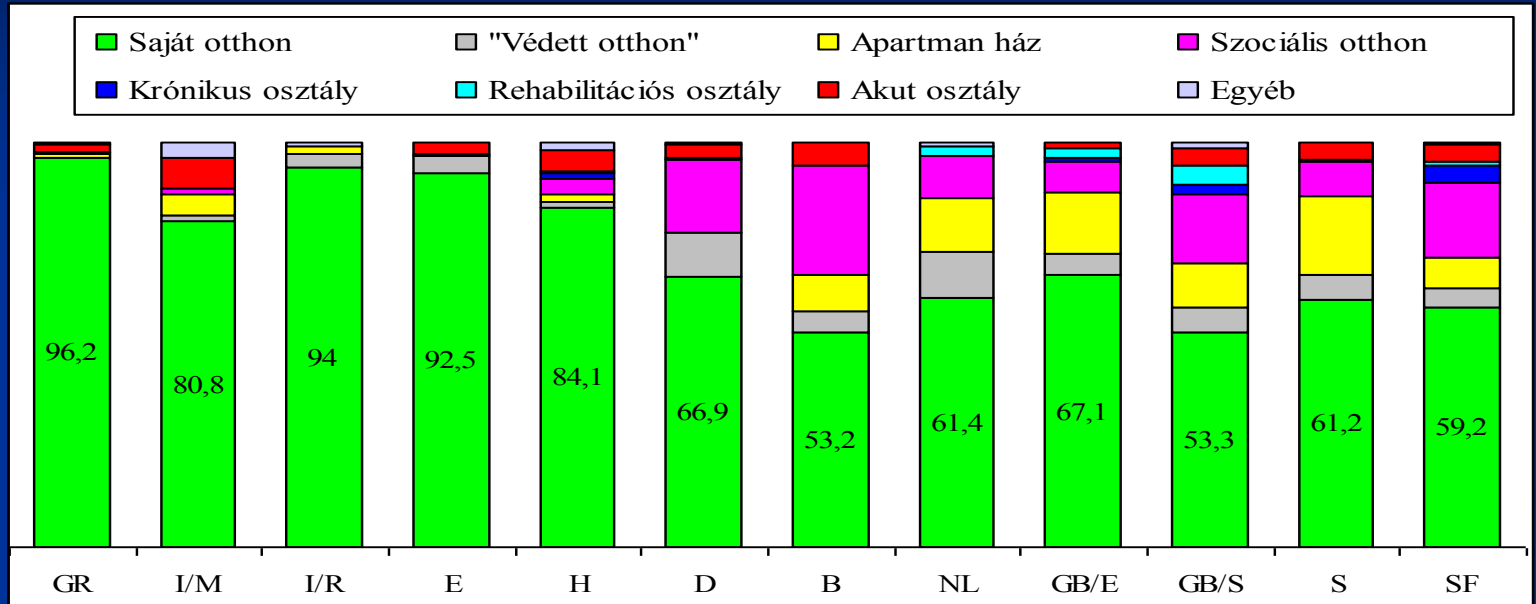
Dr. Cserhádi Péter Ph.D.

mb. tanszékvezető, Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ,
Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina önálló Tanszék
Főigazgató, Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet
Orvosi rehabilitáció elméleti alapjai és gyakorlata, Pécs, 2015. október 8.

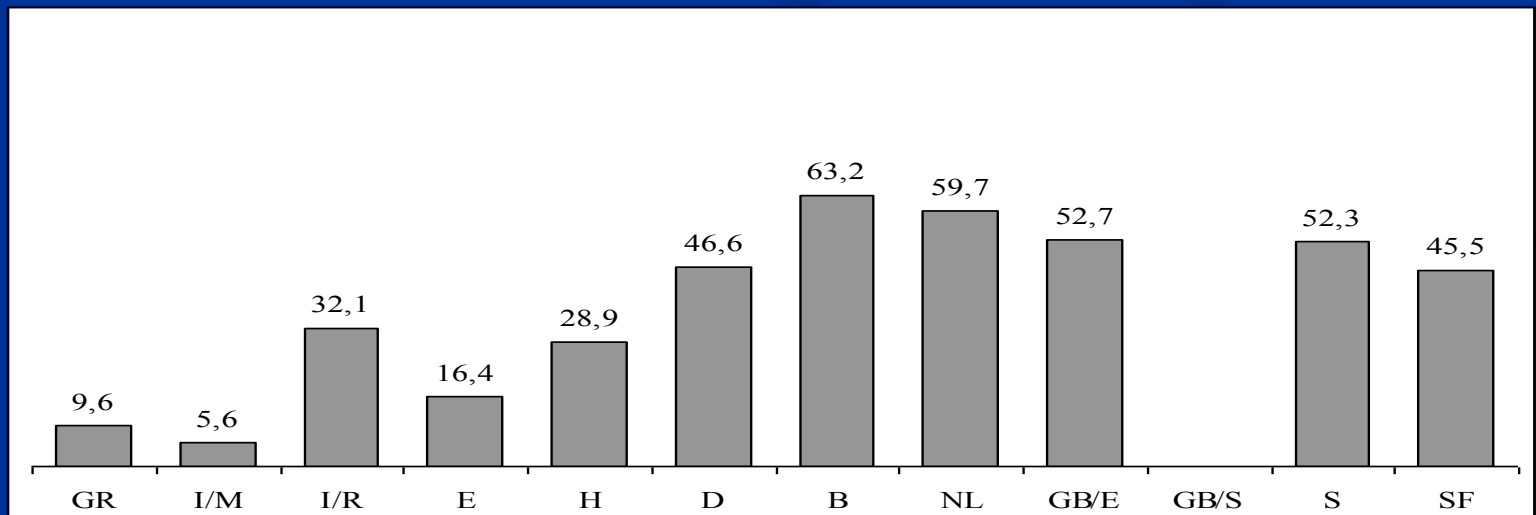
SAHFE 1995-2000

5064 fő csípőtáji sérülés előtti státusz

1. Ábra.
Lakhely
a sérülés
előtt (%).



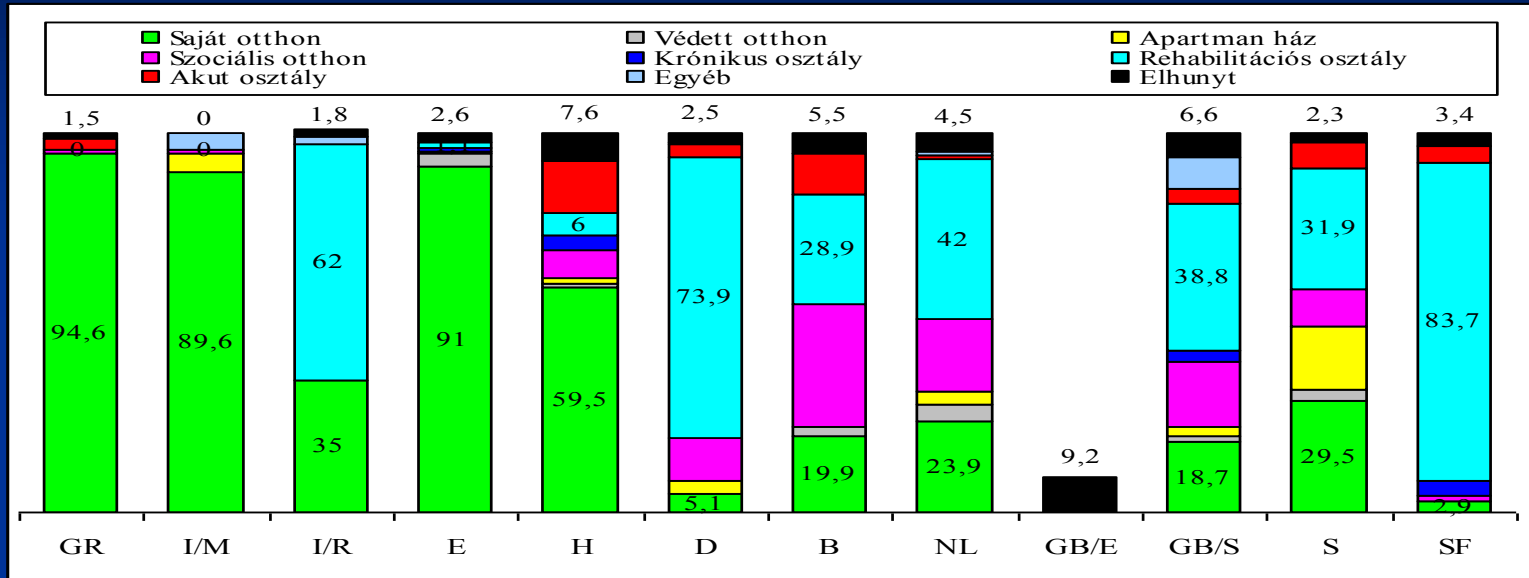
2. Ábra.
Egyedül
élt saját
otthonában
(%).



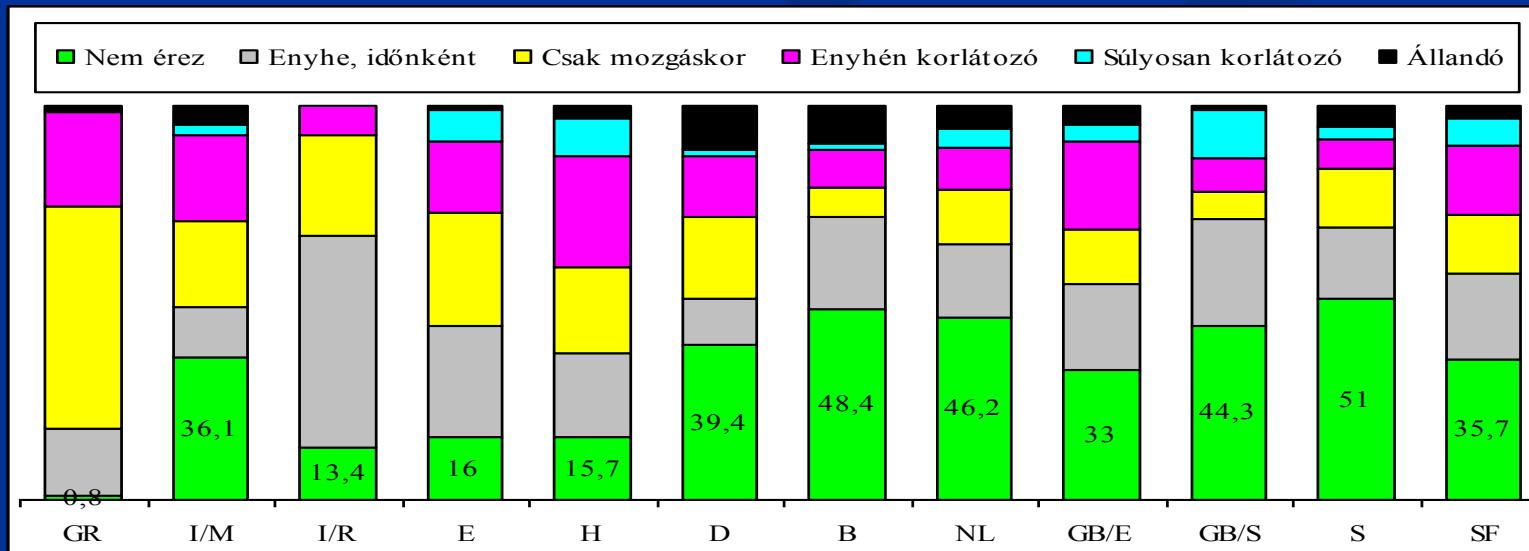
SAHFE 1995-2000

primer ellátás majd 4 hónap utáni státusz

5. Ábra.
A betegek sorsa a primer ellátás után (%).



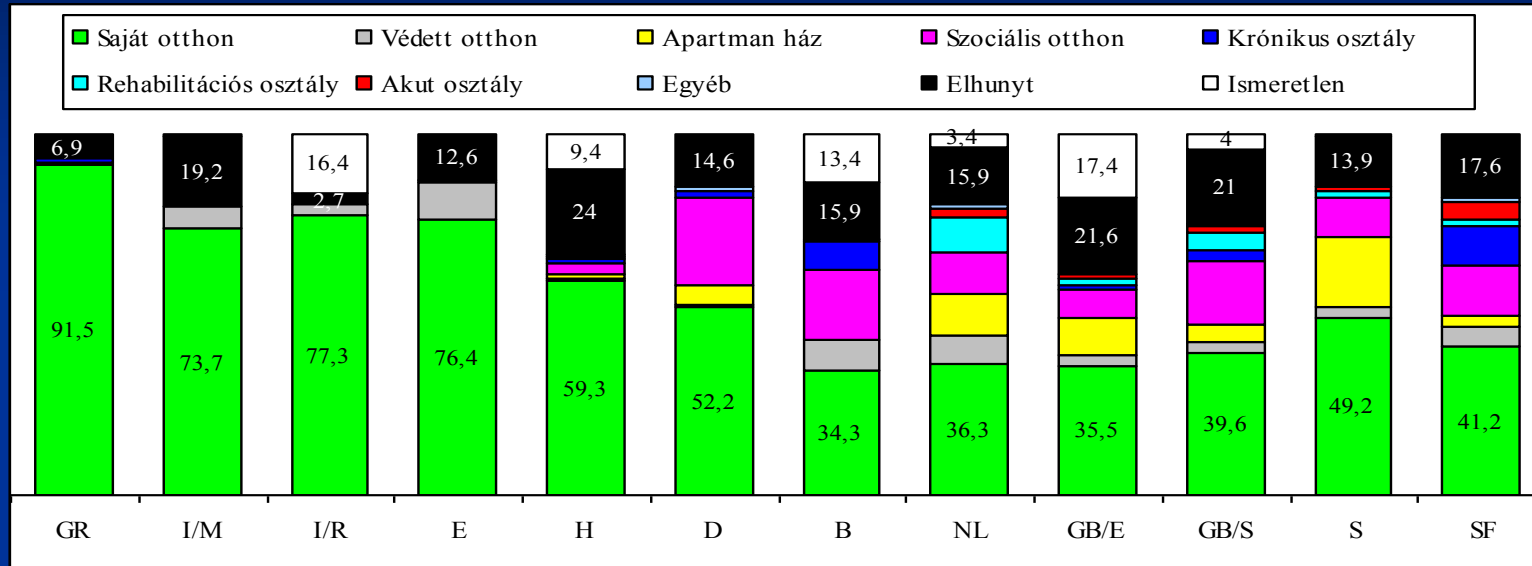
6. Ábra.
Fájdalom a sérült csípőben 4 hónappal a sérülés után (%).



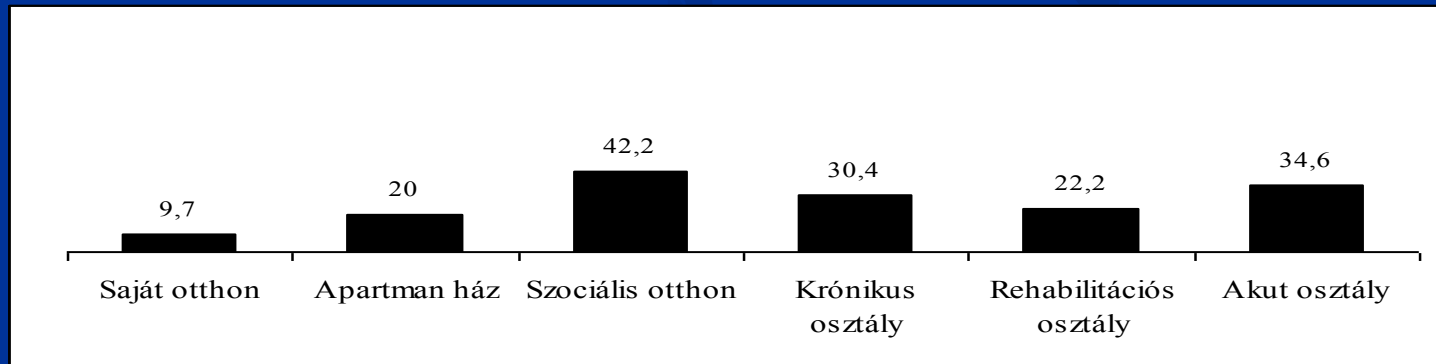
SAHFE 1995-2000

4 hónapos státusz, halálózás

7. Ábra.
A betegek sorsa 4 hónappal a sérülés után (%).



8. Ábra.
Az OBSI-ból elbocsátott 559 fő halálózása az utókezelés helye szerint (%).



Az orvosi rehabilitáció mássága

- **Pszichoszociális, kulturális és szervezeti tényezők fokozott jelentősége** (családstruktúra, akadálymentesség, funkcionális szemlélet);
- **Etiológia, terápiás gyakorlat másodlagos jelentősége** (töréstípus, műtéti módszer);
- **Önálló életvitel lehetőségének preferálása** (hospitalizálódás helyett rugalmas intézményi hálózat)
- **Idősek arányának növekedésére való felkészülés** (családmodell változása, eü. járulékfizetési képesség csökkenés);
- **Svéd, osztrák modell:** (Ädel Reform 1992: 93.000-ből 31.000 ágy long-term care, költséghatékonyság: IM vs. Ender szegezés, home care, AUVA helikopter);
- **„Interface” az aktív ellátás és a társadalmi reintegráció között** (azok problémái itt csapódnak le!).

Összes MRK esetszám az OORI-ban

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
MRSA	40	40	27	19	15	38	43
Gram-neg.	10	15	22	5	25	59	186
MRK összes	50	55	49	24	40	97	229

Behurcolt eset: 2013: 79/97, 2014: 188/229)

Ismert MRK vagy CDI kolonizált/fertőzött beteg indokolt kórházi felvételét/kezelését/áthelyezését nem lehet megtagadni. Az ismert MRK vagy CDI fertőzött/kolonizált beteget azon kórházi osztályon szükséges izolálni, mely egészsége helyreállítása szempontjából a legmegfelelőbb (infektológiai osztályra való áthelyezés nem indokolt).

A nyugat-európai és a hazai környezet eltérései - általában

- **Pszichoszociális, kulturális és szervezeti tényezők mássága** (nagycsaládok szétesése, akadálymentesség hiánya, akadályozottság nem elfogadása, rehabilitációs-krónikus-ápolási-szociális ellátás keveredése);
- **Idősek arányának extrém növekedése, önálló életvitel megoldatlansága** (+Ratkó nyugdíjasok 1952-54, nyugdíj jövedelem elégtelensége télen);
- **Rendszerváltás munkaerőpiaci következményei** (leszázalékolás mint „kiút”, 10% általános munkanélküliség vs. 10 % akadályozott munkavállalás);
- **Kedvezőtlen finanszírozási környezet** (járulékfizetési fegyelem és volumen csökkent, ágazati bevétel és egyéni járadékalap minimális, rehabilitációra motiválatlan biztosítói és munkaerőpiaci hozzáállás).

A nyugat-európai és a hazai környezet eltérései - az ágazatban

- **Egészségpolitikai érdektelenség** (nagy HR igény, jelentős bérköltség, hiányzó ipari lobbierő - gyse tőkeerő és érdekképviselő elégtelen);
- **Egészségügyi reformok hatásai** (1995, 2007- jelentős rehabilitációs ágyszám növekedés elsősorban finanszírozásért);
- **Betegprofil változása** (fiatal traumás esetek helyett kardiovaszkuláris, daganatos és idős betegek aránya nő)
- **Ágazati „információhiány”** (aktív osztályok „puffere”, hospice vagy fitness-welness-szanatórium keveredése);
- **Elégtelen orvosegyetemi oktatás** (2,5 tanszék, nem kötelező kurzusok, fogyatékkal összefüggő, funkcionális és gyse ismeretek hiánya, Ph.D. minősítések kis száma).

A kerekesszék története – III.

- ie. VI. évsz. kínai szarkofágba vésett kerekesszék rajza
- XVI. Sz. II. Fülöp - kézzel és lábbal hajtott gördülő mozgatható kerekesszék
- 1700. XIV. Lajos egy un. "roulette"-et használt műtete utáni felépülésének idejében
- XVIII. sz. az első maihoz hasonló kialakítású kerekesszék /nagy elülső fa kerékkal és kis hátsó görgővel/
- XIX. és XX. sz. Az Amerikai Függetlenségi Háborút és az I. Világháborút követő fakerekű kerekesszékek vesszőfonat ülésel, állítható kar- és lábtartóval
- 1867. A fa kereket felváltja az acél
- 1875. A felfújható gumikerék megjelenése
- 1894. Fix keretre szerkesztett kerekesszék, kemény vesszőfonatból, nagy hátsó kerékkal az önálló hajtáshoz
- 1933. Herbert Everest és Harold Jennings fém kereszt-merevítésű kerekesszéke (E&J)
- 1937. Keresztben összecsuksukható keretű kerekesszék /Sam Duke/
- 1950. Everest & Jennings első elektromos kerekesszéke /tranzisztoros/
- 1952. A kerekesszékes sport elterjedése /Stoke Mandeville Rehabilitációs Központ/
- 1964. Az első Paralimpiai Játékok - Tokyo, Japan
- 1970/80 – a könnyűvázaz önhajtós kerekesszékek forradalma /sporttevékenységek/
- 1975. Bob Hall kerekesszékekkel teljesíti a maratont Bostonban
- 1980-as évek microprocessor-vezérelt irányítású elektromos kerekesszék
- 1980-90. az elektromos kerekesszék mai jellemzőinek kialakulása

Játék?



Tragédia? – járás, akadálymentesség stb.



A kezdetek – ülőegyensúly, transzfer



Méret, pozicionálás, adaptálás



Kerekesszék típusok



Tanulás (családdal!)



Közlekedés 1.



Közlekedés 2.



Mindennapi élet



Munkavégzés



Szabadidő



Családtervezés



Parasport

