

Komplex rehabilitáció a gyermekkorban

Dr. Vekerdy Zsuzsanna

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet

Gyermekkorban a fogyatékoságok gyakran fejlődési zavar formájában mutatkoznak és kezelésük ill. a következmények mérséklésére alkalmazható különféle eljárások speciális együttest alkotnak a terápia és a fejlesztő pedagógia teljes eszköztárának igényével. A mozgás, a beszéd, a kognitív funkciók, az észlelés, valamint a szocializáció fejlődésének különféle zavaraiént jelennek meg mindazok a kórfolyamatok, amelyek genetikailag meghatározott okra vezethetők vissza, amelyek a méhen belüli életben alakultak ki, és azok többsége is, amelyek a perinatális életben vagy kisgyermekkorban keletkeznek. Sokan a *habilitáció* kifejezést alkalmazzák ezekben az esetekben a terápiás-fejlesztő eljárások megnevezésére, hangsúlyozva, hogy nem elveszett funkciók visszapótlása, hanem még hiányzó funkciók kialakítása az elérendő cél. Miután legtöbb esetben a központi idegrendszer károsodása áll a patológiás folyamat középpontjában és fiatal csecsemők vagy kisdedek komplex ellátása a feladat, helyénvaló a *korai fejlesztés* ill. a *stimulációs terápia* kifejezések alkalmazása, amennyiben a beavatkozásokat általánosan fogalmazzuk meg. Pontosító kifejezések a konkrét terápiás vagy fejlesztő eljárások megnevezését teszik lehetővé, mint korai neuroterápia, korai hallás-, látásfejlesztés, stb. A fogyatékos gyermekek, különösen a halmozottan sérültek ellátása csapatmunkát igényel és speciális ismereteket kíván a team többi tagja részéről.

I. Rehabilitációs diagnosztika

A rehabilitáció igénye minden olyan gyermek esetében mutatkozik, aki képességeiben, korának megfelelő szintű természetes tevékenységében gátolva van valamilyen kórfolyamat következtében. A rehabilitációs diagnosztika lépéseit az 1. táblázatban foglaltuk össze.

Anamnézis: oki diagnózis ismerete

A fogyatékoságok / fejlődési zavarok oki kivizsgálásakor ma már az intergenerációs okkeresésre törekszünk, azaz nemcsak az érintett gyermek, hanem közvetlen biológiai és nevelő környezetét is célszerű vizsgálni az okok feltárásakor. A háttérben számos ok húzódhat meg, amelyek négy nagyobb kategóriát alkotnak:

- Orvosbiológiai okok
- Szociális tényezők
- Magatartásbeli tényezők
- Nevelési / oktatási tényezők

A 2. táblázatban foglaltuk össze azokat a betegségcsoportokat, amelyekben gyermekkorban nagy valószínűséggel mutatkozik rehabilitációs igény.

Funkcionális kivizsgálás

A gyermekek vizsgálatában a legtöbb specifikum az eltérő életkori sajátosságokból adódik, vagyis abból, hogy a csecsemők, a kisdedek, az óvodás- és az iskoláskorúak, valamint a serdülők eltérő élettani sajátosságokkal bírnak. Nem elegendő egyféle funkcionális vizsgálati rendszer ismerete, hiszen a képességek a gyermek természetes érése, fejlődése során éppúgy változnak, mint ahogyan szomatikus méretei a növekedés folyamán. A legfontosabb fejlődési területek funkcionális változásának ismerete adja a rehabilitációs diagnosztika egyik fontos pillérét. A nagymozgások, a finom motorika és adaptációs, a nyelv és beszéd valamint az önkiszolgálás és szociális fejlődés területén a gyermek képességeit életkori (normatív) standardokhoz viszonyítva értékeljük. Az érzelmi életérésének értékelésére is rendelkezésre állnak tapasztalati alapon nyugvó összehasonlító adatok. A neurológiai, a pszichomotoros és az érzelmi élet fejlődésének és a növekedés értékelésének együttese szolgáltat alapot a gyermek funkcionális vizsgálatához, amelyet a különféle fogyatékoságok átmenetileg vagy tartósan előnytelenül befolyásolnak. A funkcionális diagnosztika segítségével a különböző fogyatékoságoknak a gyermek fejlődésére gyakorolt hatását és a különféle terápiás beavatkozások eredményességét egyaránt értékelni tudjuk. Az egyes specifikus képességzavarokat az adott területre kidolgozott speciális vizsgáló eljárásokkal értékeljük, pl. nyelvi tesztek, mozgásteszték, stb.

Miután a képességzavarok jelentős része a mozgás fejlődését hátráltatja és a motoros képességeket minőségileg is rontja, ezért a nagy és finom mozgások, a sensomotoros készségek, a koordináció, az izomtónus, az

inreflexek és a sensorium vizsgálatának kiemelt fontossága van a funkcionális diagnosztikában. Ezt a vizsgálatot az életkori sajátosságok függvényében különféle fejlődés-neurológiai vizsgálatokkal, valamint mozgásterápiákkal lehet értékelni. A fizioterapeuták és szakorvosok együttműködését igénylő értékelő vizsgálatok mellett a pszicho-diagnosztikai eljárások valamint az egyéb képességvizsgálatok egészítik ki a gyermek funkciói értékeléséhez szükséges specifikus vizsgálatokat.

Mindennapi élettevékenységek (ADL) felmérése: mobilitás, kommunikáció, önkiszolgálás

A mindennapi élettevékenységekkel jellemezhetjük a gyermekekben is az általános vagy globális képességeket éppúgy, mint felnőttekben, de a mérőmódszerek akkor adnak reális képet a gyermekről, ha azok az életkori sajátosságokat, a fejlődés szerepét számba veszik. A Functional Independent Measure (FIM) a legelterjedtebb ilyen értékelő módszer, amelyet hazánkban is használunk (3. táblázat). Ennek van gyermek változata, a We-FIM, ez azonban nincs Magyarországon bevezetve.

Fogyatékoság / aktivitás / részvétel / akadályozottság értékelése

A globális funkciók, vagyis a fogyatékoságok általános következményei értékelésében is megmutatkozik az a sajátosság gyermekkorban, hogy a természetes életkori változások miatt nem lehet a szokásos életminőség mérést alkalmazni. További szempont, hogy a gyermek, különösen a kicsi gyermek önállótlanága folytán erősen függ a család – elsősorban az anya – értékítéletétől, elvárásaitól, lehetőségeitől, vagyis a gyermek részvétele a rehabilitáció folyamatában nem kizárólag saját képességeinek és motiváltságának függvénye. Mindazonáltal az új nemzetközi osztályozás szempontjai (1. ábra) gyermekkorban is jól értékelhetők, Magyarországon a fekvőbetegként rehabilitációs osztályon ellátottakról a Funkciók Nemzetközi Osztályozása (FNO) szempontrendszer szerint szükséges felmérést végezni. Ebben a legfontosabb hibás / kieső aktivitások és tevékenységek súlyossági kategóriák szerint értékelhetők: enyhe, kismértékű, közepes, nagymértékű és teljes mértékű funkciókiesések szerint lehet osztályozni minden problémát külön-külön.

Rehabilitációs terv (reális rehabilitációs célok megjelölése!)

A rehabilitációs terv kialakításakor négy vezérelvet célszerű követni.

1. Minden gyermeket egyéni terv szerint kell vizsgálni, ami a gyermekkel elérendő céltól függően változhat. Bármilyen legyen a gyermek specifi-

kus problémája, az alábbi általános célok elérésére mindenképpen törekedni kell:

- folyamatosan stabil életfunkciók és a fizikai állapotjavulás feltételeinek megteremtése
- a gyermekre jellemző kognitív és magatartási állapot feltárása
- a funkcionális változások folyamatos monitorozása
- a vélhetően leghatásosabb rehabilitációs eljárások megválasztása
- a gyermek teljesítményét és képességeit befolyásoló környezeti, szociális és motivációs tényezők feltárása
- a prognózist legnagyobb valószínűséggel befolyásoló idegi és pszichés tényezők kiemelése
- a gyermek egyéni oktatási ill. fejlesztési tervének kidolgozása a rehabilitációt követő időszakra

2. A fogyatékoságok többségében összetett problémával kell számolnunk, ezért a gyermekkel történő foglalkozásban az interdiszciplináris team munka elengedhetetlen. A rehabilitációs teamben speciálisan képzett szakorvosok, gyógytornászok, foglalkoztatók, pszichológusok, szociális munkások, logopédusok, nővérek és más szakemberek, mint konduktor, gyógytestnevelő, kreatív terápiákban jártas specialista, stb. vesznek részt.

3. Amennyiben a rehabilitációs programot központi idegrendszeri károsodás talaján kialakult, sokféle patológiás történéssel szövődött, kognitív és pszichés funkciókat is befolyásoló fogyatékoságok miatt szükséges összeállítani, várhatóan a szokásosnál komplexebb vizsgálatokra és terápiás eljárásokra kell számítani.

4. A család tagjait, a gyermekkel kapcsolatban álló pedagógusokat és a gyermek számára fontos más személyeket, pl. barátok a rehabilitációs team integrált részének kell tekinteni. Meg kell ismerni a család probléma feldolgozó és elfogadó készségét, ismereteiket az adott károsodásról, a családban meglévő stressz tényezőket és a szociális helyzetüket.

A folyamat értékelése: változások / kimeneti mérések

A beteg állapotának változását értékeljük a rehabilitáció kezdetekor és a rehabilitációs folyamat befejezésekor mért különféle értékeinek az összehasonlításával. A mérő módszerek egy része olyan, hogy alkalmas az állapotváltozás nyomon követésére, az értékelés időről időre elvégezhető pl. Barthel index, FIM. Léteznek más értékelő eljárások is, amelyeket csak a folyamat kimenetelének megítélésakor alkalmazunk. Példaként említhető a Glasgow kimeneti skála, amellyel a koponya agysérült személyek életminőségét jellemezhetjük a rehabilitációt követően (4. táblázat).

II. Terápiás eljárások

Ami a terápiás eljárások széles arzenálját illeti, országonként változnak a leginkább elismert és alkalmazott metódusok. A rehabilitáció egy folyamat, amelyet tervszerűen egymásra épülő lépések alkotnak, és amelynek a gyermek, a szülők, sőt legtöbbször a tágabb család és környezet (óvoda, iskola, munkahely) is aktív résztvevője. Az eddigiek során vázolt funkcionális képességszűkeztetés szolgál alapul a rehabilitációs terv összeállításához. A leggyakrabban alkalmazott terápiás eljárásokat az 5. Táblázatban foglaltuk össze. Lényegesen meghaladná a jelen dolgozat terjedelmét, ha az egyes eljárásokról részletes leírást adnánk. Ezért a táblázatban történt összefoglaláson túl utalunk a hazai irodalomban megjelent releváns szakdolgozatokra és tankönyvekre ill. tankönyvek fejezeteire.

III. Ellátó rendszer

A gyermek rehabilitáció igen sajátos szakmai terület, viszonylag kevés de nagy fajlagos költségigényű fekvőbeteg ellátó kapacitást igényel, amely természeténél fogva intenzív osztályos „szomszédság” esetén tudja feladatát kellő hatással ellátni. A tevékenység 90-95%-ban lakóközösségi szinten zajlik.

Pontos felmérések, regiszterek nem állnak ugyan rendelkezésünkre, azonban a nemzetközileg ismert trendektől a magyar gyermekekre jellemző adatok nem térnek el lényegesen. Ezek szerint a gyermekkorúaknak legalább a 6%-a, de legfeljebb a 10%-a igényel rövidebb-hosszabb ideig rehabilitációs szolgáltatásokat, ami a 14 éven aluli korosztályban országos szinten 100-140 ezer gyermeket jelent évente. Nagyon sok gyermek rehabilitációja az óvodai ill. iskolai testnevelés vagy gyógytestnevelés keretében megoldható. Vannak azonban súlyos állapotok, amelyek kezelése kórházi körülményeket igényel, ami a teljes rehabilitációs szükséglet 8-10 %-a és így évente 8-15 ezer gyermeket érinthet. A jelenlegi ellátó kapacitás az igény egy tizedének kielégítésére is szűkösen elegendő, ráadásul igen egyenetlenül oszlik el az országban. A magyar lakosság 13%-a 14 éven aluli, a rehabilitációs kórházi ágyak összes kapacitásából azonban még 0,26% sem jut ennek a populációnak: a 6400 mozgásszervi és belgyógyászati rehabilitációs ágyból mindössze 165 ágyon kezelünk gyermekeket (0,257%). Nem ez az egyetlen torz arányszám, az amúgy is szűkös rehabilitációs kapacitáson belül. Hasonló a helyzet az ambuláns rehabilitációt jellemző szakorvosi és nem szakorvosi (zömében gyógytorna)

óraszámokkal. 2004 évben a gyermekek ellátására az egész országban mindössze 212 szakorvosi és 719 nem szakorvosi óra állt rendelkezésre.

A magyar gyermeklakosságra vonatkozó ágyszükségletet a Rehabilitációs Szakmai Kollégium 2001 évben hozott határozatában 0.5 ágy / 10.000 gyermekkorú lakosban határozta meg, ami országos szinten kb. 300 ágyat jelent. Ebből a mai napig mindössze 165 ágy működik, amelyek közül a régióközpont szerepét csak három kórházi osztály 102 ágyon tölti be: Miskolc Gyermek Egészségügyi Központ (1983-tól), Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet (2003-tól) és Nyíregyháza-Sóstó a debreceni ambuláns központtal együtt (2004-től). A többi ágy zömében egyetemi klinikákon van, ahol nincsenek rehabilitációs szakorvosok, kevés a nem szakorvosi személyzet és hiányoznak a rehabilitáció egyéb feltételei is. A folyamatban lévő fejlesztések közül a legbiztatóbb a helyzet Szegeden. A Gyermekkorház beolvadása a Gyermekklinika kötelékébe felgyorsította a már megindult folyamatot és két szakorvos képzésével, a tárgyi feltételek javításával és ágyszám bővítéssel itt 2006-ban megkezdődhet egy újabb régióközpont működése. Hasonlóan biztató tervei vannak a Debreceni Orvos és Egészségtudományi Centrumnak, ahol a rehabilitáció fejlesztésében gyermek és felnőtt vonalon egyaránt lépéseket terveznek. Kiegészülhet és megerősödhet a debreceni Gyermekrehabilitációs Központ fekvőbeteg háttérrel. Speciális körülmények vannak Mosdóson, ahol gyermek (23 ágy) és felnőtt (20 ágy) pulmonológiai rehabilitáció zajlik, de nincsenek rehabilitációs szakorvosok, ezért nem lehetett az osztályt képzőhelyként akkreditálni. A felsorolt ellátó helyek közül a Függelékben részletes adatokat mutatunk be az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet Gyermek Mozgásszervi Rehabilitációs Osztályról.

IV. Szakorvosi képzés

A kis ellátó kapacitás részben annak is „köszönhető”, hogy nagyon kevés a rehabilitációs szakorvos a gyermekgyógyászok között (12 fő). Ez összefügg a szakvizsga rendszer eddigi sajátosságával: nevezetesen 2004 őszéig csak mozgásszervi rehabilitációs szakképesítést lehetett szerezni annak, aki ezen a területen kívánt tevékenykedni. A szakorvosi kurrikulum egységessége folytán az elsajátítandó ismeretek zömében a felnőtt ellátást érintették, ami az egyébként sem túlzottan vonzó rehabilitációs szakmát a gyermekorvosok szemében még riasztóbbá tette. A 48/2003 (IV.24) ESZCSM rendeletben foglaltak alapján a Rehabilitációs Szakmai Kollégium 2005. március 9-i állásfoglalásával vált először lehetővé gyermekgyógyászok számára orvosi rehabilitációból ráépített szak-

vizsga letétele gyermekrehabilitáció területére vonatkozó jogosítvánnyal (hasonló elven pulmonológiai, kardiológiai és pszichiátriai rehabilitációs szakvizsga letételére is van lehetőség). Az egyik jelentős nehézség ezzel elhárulni látszik a gyermekrehabilitáció szakterületének fejlődése útjából, hiszen 2-3 év távlatában megduplázódhat vagy akár megháromszorozódhat a jelenlegi szakorvosi létszám.

Táblázatok

1. táblázat: A rehabilitációs diagnosztika fő lépései

1. Anamnézis: oki diagnózis ismerete (BNO)
2. Képességek / funkciók felmérése
3. Mindennapi élettevékenységek (ADL) felmérése: mobilitás, kommunikáció, önkiszolgálás
4. Fogyatékoság / aktivitás / részvétel / akadályozottság értékelése (FNO)
5. Rehabilitációs terv (reális rehabilitációs célok megjelölése!)
6. A folyamat értékelése: változások / kimeneti mérések

2. táblázat: Gyermekkorban rehabilitációt igénylő leggyakoribb betegségek

Neurológiai kórképek

Myelodysplasia
Cerebralis paresis
Neuromuscularis betegségek
Izomdystrophiák
Spinalis izomatropiák
Neuropathiák
Neurotraumatológiai kórállapotok
Koponya-agysérülés
Gerincvelő sérülés
Periferiás idegsérülés

Csont-izom-kötőszöveti kórállapotok (veleszületett és szerzett)

Végtagdeficienciák
Csontrendszeri elváltozások (gerinc, mellkas, végtagok)
Traumás sérülések
Ízületi betegségek

Orthopédiai rendszerbetegségek (Arthrogryposis, Larsen kór,
osteogenesis imperfecta,

Belgyógyászati krónikus állapotok, betegségek

Pulmonalis kórállapotok

Vesebetegségek

Gastrointestinalis problémák

Diabetes

Magatartási, viselkedési zavarok

Hyperaktivitás-figyelemzavar

Enuresis, encopresis

Evési zavarok (bulimia, anorexia nervosa)

Szociális beilleszkedés zavarai (autizmus)

Egyéb zavarok

A kommunikáció zavarai

Érzékszervi elváltozások

Látási zavarok

Hallászavarok

Az érzékelés egyéb és összetett problémái

Speciális problémák

Égésbetegség

Neurogén hólyag

Epilepsia

Evési zavarok

Onkológiai problémák

Technológia dependens állapotok

Súlyosan, halmozottan sérültek

3. táblázat: A Functional Independent Measure (FIM) jellemzői

FIM csoportjai

Önkiszolgálás – Önellátás

A. Étkezés

B. Személyi higiéné

C. Fürdés

D. Öltözés (felső testfél)

E. Öltözés (alsó testfél)

F. WC használat

Szfinkterirányítás

G. Széklettartás

H. Vizelettartás

Mozgékonyosság (átülések)

I. Ágy-szék/kerekesszék

J. Átülés WC-re

K. Átülés kádba, zuhanyzóba

Helyzetváltoztatás

L. Járás vagy kerekesszék használat

M. Lépcső használat

Kommunikáció

N. Megértés

M. Ön kifejezés

Szociális képességek

P. Szociális együttműködés

Q. Problémamegoldás

R. Emlékezés

Értékelés:

I. Segítő személyre nincs szükség (önellátó)

7. Teljes függetlenség

6. Segédeszköz használatával független

II. Személyes segítség szükséges

Részleges függőség

5. Felügyelet

4. Minimális segítség (75%-nál nagyobb önállóság)

3. Közepes segítség (50%-nál nagyobb önállóság)

Teljes függőség

2. Maximális segítség (vizsgált személy részvétele 25-50%)

1. Teljes segítség (vizsgált személy részvétele 25% alatt)

4. táblázat: Glasgow Kimeneti Skála (GKS)

Halál

Perzisztáló vegetatív állapot

nincs cortikális funkció, szemnyitás időnként, posturális reflexek

Súlyos fogyatékos

fizikai/mentális károsodás súlyos, függőség teljes, tartós gondozás

Középsúlyos fogyatékos

független, de fogyatékos, van fizikai/mentális károsodása, de eljár

iskolába/munkába, mindennapi élettevékenységeket ellát
Jó felépülés
normál életet él, esetleg nem minden funkció tökéletes

5. táblázat: A rehabilitációban leggyakrabban alkalmazott terápiai eljárások

Fizioterápia

Gyógytorna, hydroterápia, elektroterápia, balneoterápia, gyógyúszás

Stimulálás

Érzékszervi stimulálás (látási, hallási, vestibularis, szaglási, stb.)
Proprioceptív stimulálás
Komplex ingerterápiák

Gyógyszeres kezelések

Fájdalomcsillapítás
Spasticitás csökkentés
Figyelem, koncentráció fokozás
Feszültségoldás

Dietetika

Speciális enteralis és parenteralis táplálási módok
Kalóriamegszorítás, kalorizálás

Ortézisek

Adaptív eszközök (evés, öltözés, tisztálkodás eszközei)
Merevítők, fűzők, redressziós sínek
Tónusredukáló készülékek
Járást, helyváltoztatást és ülést segítő eszközök

Protézisek

Végtagok és más testrészek pótlására szolgáló segédeszközök

Műtétek

Csontos és lágyrész műtétek (zömében ortopédiai műtétek)
Idegsebészeti beavatkozások
Egyéb szerveken végzett műtétek (stomák képzése, a nyelés, a vizelet és a széklet ürítését segítő műtétek, stb.)
Plasztikai műtétek (égés, áramütés, torzító hegek okozta elváltozások, stb.)

Pszichés támogatás

Gyermek, család, testvérek

Különleges oktatási segítség

Szegregált / integrált / inklúzív iskolarendszer

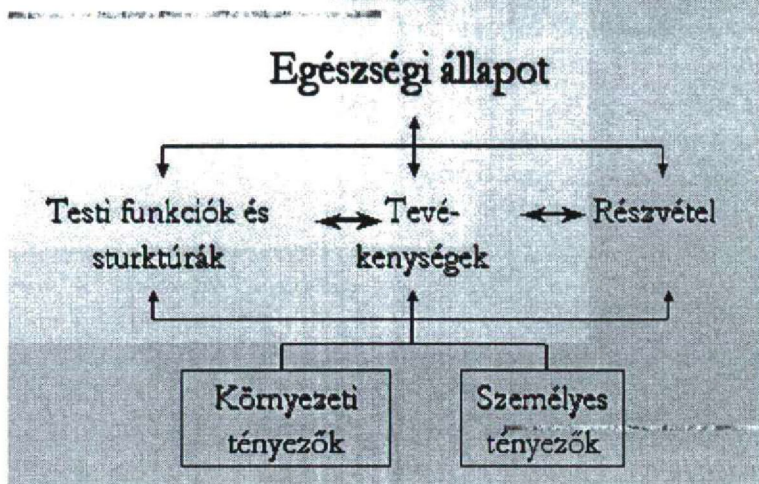
Pályaválasztási tanácsadás és szakképzés

Rekreáció, sport, üdülés

Ajánlott irodalom

1. *Berényi M*: A gyermekrehabilitáció fejlődésének perspektívái Magyarországon, Reha Hungary 2000.
2. *Dénes Z*: Tesztek használata a mozgásszervi rehabilitációban. A FIM (Functional Independent Measure) skála. *Rehabilitáció* 2000. 10:97-10.
3. *Katona F, Siegler J.* (szerk): *Orvosi Rehabilitáció, Medicina, Budapest, 1999.*
4. *Kullmann L* A tevékenykedés, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása. *OH* 2002. 143:1403-10.
5. *Mramurácz É, Simon G, Vekerdy Zs*: A gyermek rehabilitáció helyzete Magyarországon. A Csecsemő és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium felkérésére összeállított anyag, 2003.
6. *Vekerdy Zs*: Rehabilitáció gyermekkorban. In: *Oroszlán Gy* (szerk) *Gyermekgyógyászat és határterületei, Or-Co, Szombathely, pp. 464-491. 2003.*
7. *Vekerdy Zs*: Rehabilitáció a gyermekkorban. In: *Oláh É.* (szerk) *Gyermekgyógyászati kézikönyv. Medicina, Budapest pp. 1367-1398. 2004.*
8. *Vekerdy Zs, Túri S, Mramurácz É, Farkas V, Sólyom E, Újhelyi J, Tulassay T*: Orvosi rehabilitáció gyermekkorban: Regionális központok és lakóhely közeli ellátás modellje. *Hogyan finanszírozható mindez?. Kórház* (in press) 2005.
Vekerdy Zs: A gyermek rehabilitáció jellemzői Magyarországon, 2005. Bevető referátum. *Gyermekgyógyászat* (in press) 2005

**A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség
nemzetközi osztályozása
ICF 2001**



1. ábra

A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása, 2001

Függelék

Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet Gyermekek Mozgásszervi Rehabilitációs Osztálya



Küldetési Nyilatkozat

„Az osztály az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet szervezeti egységként 32 ágyon és 10 nappali kórházi férőhelyen működik, valamint heti 28 szakorvosi és 6 nem szakorvosi órában ambuláner lát el rehabilitációra szoruló gyermekeket. Az egység fő feladata 18 éven aluli korosztályban a neurológiai, mozgásszervi és más eredetű fogyatékossgot okozó állapotokban orvosi (egészségügyi) és szükség szerint szociális és pedagógiai jellegű komplex rehabilitáció végzése.

Az osztályos felvétel kritériuma, hogy a gyermek stabil légzési-keringési állapotban legyen, ne szenvedjen interkurrens betegségben, ne szoruljon akut orvosi kezelésre és legyen a sikeres rehabilitációra legalább egy funkcionális területen remény ill. legyen a rehabilitáció szempontjából értékelhető célja a felvételnek. (1) A rehabilitáció szükségességének időbeli felismerése: konzílium kérése vagy konzultáció telefonon, (2) A rehabilitáció szempontjainak figyelembe vétele az átadásig (pozícionálás, decubitus és kontraktúra profilaxis, stb.), (3) Átvételt követően akut történések esetén telefonos konzultáció, szükség esetén a gyermek visszavétele”

Az osztály speciális profiljai

Cerebralis paresis / spasticus gyermekek komplex ellátása

Neurotraumatológiai eseményeket követő rehabilitáció

Évesi / étkezési zavarok komplex rehabilitációja

Égésbetegség utáni rehabilitáció

Váz-izomrendszeri és kötőszöveti betegségek okán szükséges mozgásszervi rehabilitáció

Speciális segédeszközökkel történő ellátás pl. üléspozícionálás

Adottságaink

Tornaterem: 2 kisebb 1 nagy

Ergoterápiás szoba

Pszichológiai vizsgáló

Tanterem

Gyermek ergoterápiás helyiség

Multifunkciós szoba

Hydroterápia

Ortetikai mintázó

Központi egységek: fiziko-, ergoterápia, tornaterem

Az osztályon dolgozó team tagjai

| | főállás | FTE* |
|-------------------------|---------|------|
| Szakorvos | 2 + | 30% |
| Nővér | 13 | |
| Gyógytornász | 3 | |
| Konduktor | 1 | |
| Ergoterapeuta | 1 | |
| Tanár | 2 + | 30% |
| Pszichológus | | 50% |
| Neuropszichológus | | 25% |
| Logopédus | | 20% |
| Hydroterápiás szakember | | 20% |
| Adminisztrátor | 1 | |

* FTE: „full-time-equivalent: teljes munkaidőre vetített rész munka ideje

Előjegyzés: Szakorvosi beutaló szükséges!

Email: oorigyer@rehabint.hu, Telefon: 391-1959, Tel/Fax: 391-1900/ 1259