

A caries kialakulásának kockázati tényezői, a prevenció lehetőségei kisgyermekkorban

Pergel Katalin,
Szatmári Szilvia,
Tuskán Anikó

csecsemő- és gyermekápoló hallgatók

Szent-Györgyi Albert Egészségügyi és Szociális Szakközépiskola és Szakképző Intézet, Kecskemét

(A cikk a IV. Országos Egészségügyi és Szociális Tudományos Diákkonferencia I. díjat nyert előadás alapján készült.)

Célkitűzés: 2,5-3,5 éves korú gyermekeknél a caries-rezisztencia gátló és segítő tényezőinek megismerése csecsemőotthonban, bölcsődében, családban.

Módszer, minta: Bölcsődés (120 fő) és csecsemőotthonban lakó (68 fő) kisgyermekek célirányos megfigyelése, az intézmények dokumentációs anyagának felhasználása, valamint 18 szülőnél kérdőíves felmérés.

Eredmények: A vizsgált korosztálynál a caries főként ott tapasztalható, ahol a cariogén mikroorganizmusok számára kedvező feltételeket teremtő, a tejfogakkal hosszú ideig érintkező monoszacharidok fogyasztása gyakori. A növekedés időszakában jelentős prioritással bíró kockázati tényezők is jelen vannak a táplálkozásban, a szokások kialakításában, mind a családokban, mind az intézményekben csakis úgy, mint a caries-rezisztenciát elősegítő tényezők. Következtetések: A szokások kialakítása szempontjából fogékony időszakban a fogak egészséges fejlődésének elősegítése érdekében az eddiginél hatékonyabb, korszerű egészségnevelési ismeretekkel, magatartásokkal kell rendelkezniük és együtt kell működniük a szülőknek, gondozónőknek, ápolóknak, dentál-higiénikusoknak, pedagógusoknak egyaránt.

A probléma megközelítése

Hazánkban a fogszuvasodás népbetegségnek számít. Bármely életkorban előfordulhat, de leggyakoribb a növekedés idején. Az első növekedési időszakban (5-8 év) a tejfogak, a második növekedési szakaszban (13-18 év) a maradandó fogak szuvasodása fordulhat elő. A népegészségtani mutatók szerint az iskoláskorú gyermekek 80-85%-a fogbeteg. A fogak elvesztésének okai közül fiatalabb korban (30 éves korig) a caries, későbbi időszakban a paradonto-pathiák szerepelnek.

Az 1970-es évek közepén jelentek meg először közlemények arról, hogy a „nyugati, iparilag fejlett világ” több országában a gyermekek és a fiatal felnőttek között a caries-előfordulás jelentősen csökkent. A bostoni konferencián (USA, 1982. július) 15 ország képviselője, többek között a skandináv országok, Anglia, Írország, az Egyesült Államok, arról számoltak be, hogy nőtt a cariesmentes gyermekek száma, a cariesintenzitás is 15-50%-kal redukálódott a gyermekek és a fiatal felnőttek korcsoportjaiban. Ezt elsősorban a kollektív fluoridos prevenció eredményének tekintették. A cariesintenzitás ott is csökkent, ahol megnőtt a fluortartalmú fogpaszták gyártása és eladása, javult a fogászati ellátás, a szájhygiéné és megváltoztak a táplálkozási viszonyok.

Szakirodalmi feldolgozás

A caries vagy fogszuvasodás a fogzománc és a dentin állományának lokális károsodása, multikauzális megbetegedés. A fognak a szájüreggel érintkező felszínén kezdődő, a felszínről a mélybe progrediáló idült folyamat, amelynek lényege a kemény fogszövetek helyrehozhatatlan károsodása. Az első carieses laesiók már a tejfogazatban megjelenhetnek.

Leggyakoribb előfordulási helyei:

- őrlőfogak rágófelületének barázdái;
- két fog egymás felé eső felszíne;
- ínyszél;
- rágásból kieső fogfelületek;
- felső metszőfogak.

Létrejöttében egyaránt szerepet játszanak genetikai adottságok és környezeti tényezők. A genetikai adottságok, a fogak alakja, mérete, struktúrája, helyzete befolyásolják a cariesérzékenységet, így pl. a

rendellenesen álló fogakon könnyebben halmozódik fel lepedék. A fogak barázdáinak mélysége, a csücskök magassága is öröklődik. A magas csücskű, mély barázdájú fogakon könnyebben keletkezik caries. Általában kevésbé szuvasodnak az alsó metszők, a szemfogak és az első kisörlők, ugyanis ezen fogak mögött és közelében ömlik a szájüregbe a glandula submandibularis és – sublingualis váladéka. Ikerkutatások azonban a környezeti faktorok – táplálkozás, szájhygiéne, fluoridprevenció, rendszeres fogászati gondozás – döntő szerepét is bizonyítják, amelyek segíthetnek a caries-rezisztencia kialakításában.

A fogszuvasodás kialakulásában szerepet játszó tényezők összesítve tehát a következők:

- egyéni hajlam, a szervezet mint általános tényező;
- táplálék, elsősorban a fermentábilis szénhidrátok jelentősége;
- cariogén mikroorganizmusok;
- elegendő expozíciós idő.

A fogszuvasodás kialakulását az arra hajlamos egyénekben legfőképpen a lepedékképző szénhidrátok gyakori fogyasztása segíti elő. A szénhidrátot a szájban lévő baktériumok fermentálják, és a kialakuló savi pH károsítja a fogzománcot.

A fentebb felsorolt tényezők közül tehát a táplálkozásnak van a legdöntőbb befolyása a szuvasodás megindulására. A természetes, primitív körülmények között élő népeknél alig fordul elő fogszuvasodás. Ezek a népek kemény összeállítású, rostos és rágós ételeket esznek, táplálékuk sok ásványi anyagot és vitamint tartalmaz. A civilizált ember lágy konzisztenciájú, rágást alig igénylő ételeket fogyaszt, s ezek túlnyomóan szénhidrátokból állnak.

A táplálék és annak lebontási termékei a fogaon megtapadó lepedékben a mikroorganizmusok számára táptalajt szolgáltatnak. A kettő együtt alkotja a dentális plakkot, amely a mai ismeretek szerint mind a caries, mind a paradontopathia oka. A baktériumok közül elsősorban a *Streptococcus mutans* tesz ki felelőssé a caries kialakulásáért, amely már 2-6 éves korban kimutatható a szájban. A *Lactobacillus acidophilus* a már meglévő lézió nagyságát növeli azáltal, hogy tejsavat képez és ez segíti a zománc lebontását. Szénhidrátbevitel után a plakk baktériumai savakat termelnek, a semleges pH-t savi irányba (pH: 5,7 alatt) tolják el, amelyek a zománcból kioldják a mészsókat, fellazul az apatitkristály és a helyén üreg keletkezik. A kristályszerkezetbe baktériumok hatolnak be, és tovább bontják azt. Az ún. incipiens vagy kezdődő caries még nem végleges állapot, mert a kielégítő szájhyiéné esetén képes újra felépíteni a lebontott anyagokat. Ha a folyamat túljut a zománcra és eléri a dentint, annak szerves állománya is elpusztul, amely egy visszafordíthatatlan, végleges állapotot jelent.

A plakk-képződést elősegítő tényezők: a torlódott fogak, fogkő, túlérő tömések, egyoldalú, szénhidrátban dús diéta, nyáltermelés csökkenése, szájlégzés, dohányzás.

A fogszuvasodás következményeként a rágóképeség csökken, heveny és idült gyulladásos folyamatok keletkezhetnek a fogbélben és az állcsontban. A rágóképeség csökkenése hátrányosan terheli az emésztőrendszer munkáját, és közvetve oka lehet a csökkent általános erőbeni állapotnak. A kiterjedt heveny gyulladások életveszélyesek lehetnek, az idült folyamatok pedig fertőző gócként szerepelhetnek.

Az egészséges fogazat, az ép fogzománc kialakulásához adekvát mennyiségű energia, fehérje, kalcium, magnézium, cink, vas, fluor, számos vitamin, mint D, A, C, B, és folsav bevitele szükséges mind a prae-, mind a postnatális periódusban. A terhes anya súlyos fehérje-, energia-, vitamin- és ásványianyag-hiányos táplálkozása zavart okozhat a gyermek fogazatának és állcsontjainak a fejlődésében, csökkent ellenállású, zománchypopláziás, cariesre hajlamos fogazat kialakulását eredményezheti. Főleg a terhesség utolsó két hónapjában van döntő szerepe a megfelelő kalcium-, foszfor-, D-vitamin-ellátásnak a fogzománc és a dentinképződésre. A terhesség alatti mesterséges fluoridpótlás szükségességéről ellentmondóak az adatok. Egyesek szerint a fluoridok csak csekély mértékben jutnak át a placentális barrieren, mások jó cariespreventív hatást tapasztaltak tőle. A terhesség alatti fluoridpótlással a fejlődési rendellenességek száma nem növekedett. A születés után viszont a táplálék összetevőinek szisztémás és lokális hatásával egyaránt számolni kell. A csecsemő ideális táplálása a mellről való szoptatás. Az anyatej tartalmazza mindazokat a tápanyagokat, – a D-vitamin kivételével –, amelyekre a csecsemőnek szüksége van. Nemcsak az anyatej összetételének, hanem a szoptatás során végzett aktív izommunkának is szerepe van a csecsemő állcsontjának, fogazatának fejlődésében. A fogak előretörése után a nyál kalcium-, magnézium-, foszfor-, fluorkoncentrációja helyileg hatva erősíti a fogzománcot. A csecsemők és gyermekek táplálkozása mind a fogak kibújását megelőző, mind a kibújás utáni periódusban, meghatározza a fogak caries-rezisztenciáját. A legszenzitívebb időszaknak az első nyolc, illetve a tizennégy évet, ezen belül a tíz hónapos, a két és fél éves és az ötéves kort tartják. A tizennégy éves kor utáni kalciumpótlás a fogak ellenállását már nem erősíti.

Szakmai gyakorlat során nyert tapasztalataink

Első évfolyamos csecsemő-és gyermekápoló szakos hallgatóként két hét összefüggő szakmai

gyakorlatot töltöttünk csecsemőotthonban és bölcsődében.

Ennek során kíváncsiak voltunk arra, hogy ezekben a gyermekintézményekben mennyire egészségesek a gyermekek fogai, milyen tényezők segítik vagy gátolják ebben a korosztályban a caries-rezisztencia kialakulását, folyik-e széles körű egészségnevelési munka a fogszuvasodás megelőzésének érdekében, hogyan működnek együtt a bölcsődei gondozónők és az orvos a szülőkkel, valamint mit tesznek az egészségügyi szakemberek ennek érdekében a csecsemőotthonban, ahol az egészségnevelés, a szokások kialakítása csaknem teljes mértékben az ő feladatuk, felelősségük.

Az intézményi dokumentációból nyert információink alapján a csecsemőotthonban 68 gyermek lakik, közülük egy gyermeknek sincs, a 120 fős bölcsődében 3 gyermeknek, azaz 2,5%-nak van szuvas foga. A gyermekek táplálkozását megvizsgálva a csecsemőotthonban anyatejet nem kapnak a gyermekek, csak abban az esetben, ha igen kis súllyal születtek, és a gyarapodási indexük alatta van az elfogadott értéknek. Őket többnyire egyéves korukig tápszerrel táplálják. Féléves korukban kezdődik a hozzátáplálás, amikor a tápszert gyümölcspepékkel, főzelékekkel egészítik ki. Egyéves koron túl leszoktatják őket a cumisüvegről, fokozatosan a kiskanállal való etetés, és a kispohárból való itatás veszi át a helyét. Rendszeres időközönként esznek, ez naponta 5-szöri étkezést jelent. Táplálékukban főként a főzelékek dominálnak, – hússal -, valamint a tejtermékek. Szomjúságuk csillapítására édes teát kapnak. Rágásra szoktatásként zárt fogsorral rendelkező gyermekeknek kenyérhéjat, babapiskótát adnak. Az étkezési szünetekben nem “nassolnak”. Fogmosásra, szájöblítésre szoktatás nem történik a csecsemőotthonban lakó gyermekeknél.

A bölcsődében 4-szer étkeznek a benntartózkodásuk időtartama alatt a gyermekek. Étrendjükben főként a főzelékek, burgonyapüré, kéthetenként 1-szer leves, csőben sült, natúr hússal, rántott szelet, rántott hal, olykor palacsinta, linzer, túróspite szerepel. Minden héten van zöldségfésülés, gyümölcsturmix, joghurt, puding. Fehér kenyér helyett rozskenyér, korpás kifli, teljes értékű cereáliákat, továbbá B-vitaminban gazdag kukorica-és gabonapelyheket kapnak. Igen gyakori a friss gyümölcsből készült tej turmix, gyümölcssaláta. Szívesen megisszák ebéd után a vizet. Uzsonnára, vagy tízórára többször kapnak almászeletet, vagy nyers sárgarépát, amely a vitamintartalma mellett a rágásra szoktatást is szolgálja.

Fogmosásra, szájöblítésre nevelés nem történik a bölcsődében, arra hivatkozva, hogy túl sok időt venne igénybe, amíg minden egyes kisgyermekkel sorra elvégeznék ezt a műveletet, és nehezen lehetne beépíteni az amúgy is szoros napirendbe, valamint 3 éves kor alatt az a veszély is fennáll, hogy lenyelik a fogkrémet. A szülők feladatának jelölték meg a bölcsődés korú gyermekek fogmosásra nevelését, tanítását. Fogakat erősítő gyógyszert a bölcsődében nem kapnak, a korábbi gyakorlatból származó nehézségek miatt, amikor ugyanis előfordult, hogy a gyermek kétszer is kapott, vagy egyáltalán nem kapott, pedig szüksége lett volna rá. Ennek okaként néhány szülővel való nehéz együttműködést jelölték meg a bölcsőde dolgozói.

Kérdőíves felmérés eredményei

Egy 8 kérdésből álló kérdőív segítségével összesen 18 szülőt kérdeztünk meg, hogy meddig szoptatta gyermekét, mennyi tejet iszik a gyermek most naponta, melyek a kedvenc italai, szereti-e, megissza-e a vizet otthon, cumisüvegből vagy pohárból iszik, tanítja-e gyermekét szájöblítésre, fogmosásra, valamint azt, hogy fogorvosi ellenőrzésen volt-e már gyermekével, és a gyermek szed-e valamilyen fogakat erősítő gyógyszert. A vizsgálatban részt vevő gyermekek 2,5-3,5 évesek.

A vizsgált gyermekek szopásának időtartamát az 1. táblázat mutatja.

Kérdőíves felmérés eredményei

Egy 8 kérdésből álló kérdőív segítségével összesen 18 szülőt kérdeztünk meg, hogy meddig szoptatta gyermekét, mennyi tejet iszik a gyermek most naponta, melyek a kedvenc italai, szereti-e, megissza-e a vizet otthon, cumisüvegből vagy pohárból iszik, tanítja-e gyermekét szájöblítésre, fogmosásra, valamint azt, hogy fogorvosi ellenőrzésen volt-e már gyermekével, és a gyermek szed-e valamilyen fogakat erősítő gyógyszert. A vizsgálatban részt vevő gyermekek 2,5-3,5 évesek.

A vizsgált gyermekek szopásának időtartamát az 1. táblázat mutatja.

A gyermekek kedvenc itala a tea, gyümölcslé, limonádé, szörpök. A vizsgált gyermekek 11,5%-a főként vizet iszik, 88,5%-a pedig a fent említett kedvenc italokat.

A folyadékot elalvás előtt cumisüvegből issza a vizsgált gyermekek 22,2%-a, és főként pohárból 77,8%-a.

A gyermekek napi tejfogyasztásának mennyiségét a 2. táblázat mutatja.

A fogmosásra nevelést a gyermekek 11,5%-ánál nem kezdték még el, túl korainak tartják, és 88,5%-ánál elkezdte a szülő ennek a szokásnak a kialakítását. Ezen gyermekek 62,2%-a már teljesen önállóan, 37,8%-a némi segítséggel végzi a fogmosást.

A vizsgált gyermekek 16,6%-a volt már és 83,4%-a nem volt fogorvosi ellenőrzésen, a szülők tudomása szerint nincs gyermeküknek szuvas foga.

A gyermekek 27,7%-a szed 72,3%-a nem szed fogakat erősítő fogakat erősítő gyógyszert.

Szoptatási időtartam	Fő	%
12-24 hónap	4	22,2
6-9 hónap	4	22,2
3-5 hónap	5	27,8
1-2 hónap	3	16,6
pár hét	1	5,6
nem szoptott	1	5,6
Összesen	18	100,0

1. táblázat – A gyermekek szoptatási időtartama (N= 18)

Elfogyasztott tej mennyisége	Fő	%
5-6 dl	4	22,2
4 dl	2	11,15
2-3 dl	7	38,9
1 dl	2	11,15
nem fogyasztott	3	16,6
Összesen	18	100,0

2. táblázat – A gyermekek napi tejfogyasztása (N= 18)

Következtetések

A gyermekek a csecsemőotthonban nem részesülnek a fejlődés, a fogfejlődés szempontjából is fontos anyatejes táplálásban, bár a fogak alaki fejlődéséhez is előnyös lenne a szopás. Táplálékuk kevésbé változatos, a cumisüvegről módszeresen egy év után leszoktatják őket, rágásra azonban a babapiskótával tanítják, és édes teával itatják, amely segíti a cariogén baktériumok szaporodását. Azonban a táplálkozás rendszeressége, valamint az, hogy a táplálkozási szünetekben nem nassolnak a gyermekek, pozitív hatással lehet a fogak egészséges fejlődésére. Fontos lenne azonban a fogmosásra nevelni és fogorvosi ellenőrzést végezni körükben is, évente legalább egyszer, még akkor is, ha nincs a gyermekeknek szuvas foguk.

A bölcsődében 3 olyan gyermekkel találkoztunk, akiknél a szülők otthon elalvás előtt cumisüvegből cukros teát adnak, nekik a felső metszőfogaikon burjánzó fogszuvasodás alakult ki. Ez a cumisüveg szindróma, („nursing bottle syndrome”). Nehéz őket leszoktatni a cumisüvegről, pedig a gondozónők is próbálkoznak a bölcsődében. Ebben a korban azonban sokkal könnyebb lenne a szokásokon is alakítani, de ehhez egységes elvárásokat kellene közvetíteniük a szülőknek is, és a gondozónőknek is. Erről a szülőket is próbálják meggyőzni.

A kérdőívben megadott válaszok alapján a családban nevelkedett gyermekek 44%-ának szopási időtartama érte el a táplálkozástudományi szakemberek által javasolt mértéket.

A bölcsődében lévő kisgyermekek tápláléka változatos, a rágásra szoktatás almával, sárgaréppával történik. A szülőktől nyert információkból azonban kiderül, hogy a gyermekek szülei számára fontos egészségnevelési ismereteket, tanácsokat kell átadni a tejfogyasztás élettani szerepéről, hiszen a vizsgált gyermekek 33%-ának tejfogyasztása közelíti meg, vagy éri el az ennek a korosztálynak szükséges napi fél liter mennyiséget, továbbá a cumisüvegről való leszoktatásról, a fogmosásra nevelésről, annak

technikájáról, a vízivás fontosságáról, az édes italok cariest okozó következményeiről, a fogorvosi ellenőrzés rendszerességéről, az egységes következetes nevelésről.

Egészségnevelési feladatok a fogszuvasodás megelőzése érdekében

A fogszuvasodás megelőzésében, az egészség megőrzésében folytatott munkában a fogorvos segítségére vannak a házi gyermekorvosok, a családorvosok, a védőnők, az egészségnevelők, a bölcsődei gondozónők, ápolónők, az óvónők, dentálhigienikusok és pedagógusok. Közös feladatuk a komplex egészségnevelési program véghezvitele.

A fogszuvasodás megelőzése érdekében az egészségnevelést kora gyermekkorban kell elkezdni, de figyelmet kell fordítani a várandós anyákra is. A fogazat egészséges fejlődéséhez fontos, hogy a nő a terhesség ideje alatt megfelelő mennyiségben fogyasszon fehérjét, ásványi anyagokat, nyomelemeket, amelyek szükségesek a fogak mátrixképződéséhez, és az ásványi anyagok beépüléséhez. Törődjön saját fogának épségével, megőrzésével. Ajánlatosak az alacsony cariogén potenciálú „fogkímélő” étrendek, amelyek tulajdonságai a 6,0-nál magasabb pH, a nagy pufferkapacitás, minimális mennyiség a fermentáló cukorból, mérsékelt zsírtartalom. Tehát a helyesen összeállított étrendek alkalmasak a caries megelőzésére is. A zsíroknak bevonó és védő hatásuk van. Étkezések végén az édességek okozta pH-esést az elfogyasztott sajt meggátolja, ugyanis a fehérje- és zsírdús étel mérsékli a savi átalakulást. A rostban dús, erős rágást igénylő táplálékoknak fizikai tisztító hatásuk van, de csak azokon a fogfelszíneken, amelyek részt vesznek a rágásban. Rágás hatására nő a puffer szerepét betöltő nyál mennyisége, amely helyileg hat, s egyben javítja az íny vérellátását, valamint a rágófelület koptatásával nehezíti a caries kialakulását.

Az édességek fogyasztása elkerülhetetlen, de ajánlott, hogy a táplálékfelvétel kb. 45-50%-át kitevő szénhidrátokból a cukor fogyasztása ne haladja meg a 10%-ot, valamint növelendő a keményítő- és a rosttartalmú táplálékok aránya.

A terhesség ideje alatt a terhesgondozókban fontos felkészíteni az anyát a legalább 4-6 hónapos korig tartó szoptatásra. Meg kell ismertetni vele ennek előnyeit: mint az anyai ellenanyagok jelenléte, a betegségek, fertőzések elkerülése, az optimális tápanyag-összetétele, rágóizmok és az állcsont megfelelő fejlődése, caries-rezisztencia.

Ismerniük kell a szülőknek azt, hogy gyermekük ízlelésének alakításában döntő szerepük van. Kezdetől fogva ne szoktassák őket az édes ízekhez, főként a legkárosabb monosacharidokhoz. A szomjúság oldására édesített folyadék helyett vizet adjanak. Meg kell ismertetni a szülőkkel a rágásra szoktatás helyes módját, idejét. A fejlődő gyermek étrendjében kell, hogy bőségesen szerepeljen gyümölcs. Elsősorban ne édességekkel jutalmazza. Az édességfogyasztást kösse mindig főétkezéshez és kövesse azt alapos fogmosás. A cumisüvegről szoktassa le, ugyanis a cumisüvegből mesterségesen táplált kisgyermek szájpada „gótikus”, fogíve rövidebb lesz, a fogak torlódnak, a belőle adott édes italokban pedig állandóan ázik a gyermek foga, amely a caries kialakulásának kockázatát nagymértékben megnöveli, elősegíti, a rendellenes fogív pedig akadályozhatja a rágófunkciót is. Mindezen ismeretekkel tisztában kell lenniük a bölcsődei és csecsemőotthoni gondozónőknek, ápolónőknek is, és ennek megfelelően kell táplálniuk a rájuk bízott gyermeket, valamint ezeket az ismereteket a szülőknek is át kell adniuk.

A fogív kialakulásához, az erős rágóizomzathoz minél hamarabb rágásra van szükség, ezért egyéves kor körül fokozatosan abba kell hagyni az ételek pépesítését.

A szájhygiéné megtartásával illetve helyreállításával több betegség kialakulása és terjedése megelőzhető. A szájhygiénére nevelés elsősorban a szülő feladata. A fogápolást már akkor el kell kezdeni, amikor az első fog kibújik; 6-8 fognál adjunk a gyermek kezébe fogkefét, hogy ismerkedjen vele. A legjobb nevelést a példa nyújtja. A szájjápolást nem lehet a gyermekre bízni, szülői segítségre van szükség, amely szakszerű pedagógiai felkelti az érdeklődést, motivál. A tanítás tükör előtt történjen, hogy lássa a gyermek, hogyan mossa a fogát. A szájhygiéné legfontosabb eszköze a fogkefe. Legyen kisfejtű, közepes keménységű, műanyag szálú, gömbölyített végű. Fontos a nyél speciális kiképzése, a fogfelszínnek könnyű hozzáférése céljából. Mindig száraz fogkefét használjunk, célszerű 2-3 havonta cserélni. Minden étkezés után ajánlott a fogmosás, de legalább kétszer naponta. A tisztítás sorrendje is megszabott, annak technikáját be kell mutatni. Hároméves kor után az óvodában kell folytatni a szájhygiénére nevelést, erre kiképzett védőnő, fogászati védőnő, dentálhigienikus segítségével. Ehhez azonban nélkülözhetetlen az otthoni gyakoroltatás, számonkérés is.

A fogászati foglalkozáshoz fel kell használni az életkornak megfelelő szemléltető eszközöket, játékokat, rajzokat, bábokat.

Általános iskolás korra esik a fogváltás. Tudatosítani kell, hogy a fogváltással kibújó maradandó fogak is suvasak lehetnek. A tejfogak mögött megjelenő hatodik fog már maradandó, és kulcsszerepe van a szabályos végleges fogsor kialakulásában.

A caries nem csak fluorhiány-betegség, a fluor önmagában nem is elegendő a megelőzésére, azonban

fontos a bevitele. A fluoridok helyileg és szisztémásan is hatnak. A nyálba kerülve siettetik a zománcérest. Tekintetbe kell venni az adott település ivóvizének fluoridtartalmát. Hazánkban a feltételek technikai hiányosságok miatt nincsenek meg az ivóvíz, a só és a tej fluorozására, így tablettával kell pótolni a hiányt, de vigyázni kell a kettős adagolás elkerülésére. A tablettát el kell szopogatni, így az növeli a nyál fluorid koncentrációját, és tartósabb hatást biztosít. Egyidejű szisztémás és lokális alkalmazás esetén a hatás összegződik.

A fluorid helyileg a már áttört fogak zománcába épül be. Lehetőségei: fluortartalmú fogpaszták, zselék, öblítések, ecsetelések. A fluortartalmú fogpasztáknak kiemelt jelentőséget tulajdonítanak. A zselé bedörzsölésének módja a helyesen végzett fogmosás lépéseivel megegyezik, időtartama 2 perc. A bedörzsölés után 1-2 óráig nem szabad öblíteni és enni.

Az egészséges táplálkozás, a szájhigiéne, a fluorid-pótlás után fontos még a fogorvosi ellenőrzés és gondozás is. Hazánkban már a 2-3 éves korcsoport is erősen veszélyeztetett, ezért a korai kezelést már a bölcsődés korban kell elkezdni.

A fogorvosi vizsgálatnak, a vizsgálóeszközöknek és -módszereknek a gyermekfogászatban a gyermekkori sajátosságokhoz kell alkalmazkodni. Törekedni kell arra, hogy a gyermek ne féljen a vizsgálattól, az előrevetített fájdalomtól. A gyermekfogászati ellátás általános irányelve az évi kétszeri ellenőrzés. A tejfogak szuvasodásának is vannak következményes betegségei. Gondozásba kell venni azokat a gyerekeket, akiknek más betegségét súlyosbítja a rossz fogazat, mint pl. diabetes mellitus, vérképzőszervi betegségek.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton mondunk köszönetet a vizsgálatban részt vevő intézmények dolgozóinak, akik lehetővé tették és támogatták a kutatási munkát, valamint osztályfőnökünknek Nagy Lászlónénak, aki biztatásával, bátorításával segítségünkre volt a cikk megírásában.

Irodalom

1. Anthony Smith: (1980) Testünk titkai. Kossuth Kiadó
2. Barna Mária: (1996). Táplálkozás Diéta. Medicina Könyvkiadó Rt: Budapest
3. Dr. Orosz Mihály: (1994). Fogászati asszisztensek és dentálhigiénikusok kézikönyve. Medicina: Budapest
4. Rodé Magdolna: (1998). Gyermekkori fog-és szájbetegségek. Springer Kiadó Kft: Bp.

[Vissza a
tartalomhoz](#)

Esetbemutató: Szklerózis multiplexes fiatal nő terhesség alatti komplex gyógytorna-kezelése otthonában

Ferenczy Ágnes
gyógytornász

Szent Rita Otthonápolási Szolgálat, Budapest

(A közlemény 2001. májusában, Balatonaligán az Otthonápolási Szolgáltatók III. Országos Kongresszusán elhangzott előadásra épül)

Az alábbi közlemény egy 34 éves, szklerózis multiplexben (SM) szenvedő nő terhességét kíséri végig. A közlés bemutatja az otthoni gondozás feltételeit, az alkalmazott mozgásterápia céljait, az elért eredményeket, valamint a szülést követő állapotváltozást.

Bemutató

A 34 éves szklerózis multiplexben szenvedő nőbeteg shubokban zajló betegsége, amelyet 1994-ben MRI is megerősített, 1992-ben kezdődött. Betegsége 1999-ben krónikus progresszív lefolyásúvá vált, elsősorban alsó végtagi gyengeség fokozódásával lassan, egyenletesen romlott. Mindezek miatt az SM

gyógyszeres kezelésében alkalmazott egyik interferon terápia, a Betaferon készítmény várólistán az első betegek közé került. Állapotának romlása miatt 1999. májusában a Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórház Neurológiai Osztályán feküdt közepes fokú paraparézissel. Koordinációja Rombergben enyhén irányítatlan volt, jelzett céltalálási bizonytalansággal mindkét kézzel. Napi 1 g Solu-Medrol hatására járása stabilabbá vált.

A beteggel először 2000. február 7-én találkoztam. Alapbetegsége ekkor stagnált, akut rosszabbodás nem volt tapasztalható. Az alsó végtagok ízületi mozgásai fiziológiásak voltak, enyhe paraparézissel. Akkor kb. 300 m-t tudott megtenni önállóan, segédeszköz nélkül. Tömegközlekedési eszközt használni nem tudott. Járása széles alapú volt, enyhe koordinációs zavarral. Deréktáji fájdalmakra panaszkodott. Első, 8 hetes terhességéről csak szűk környezete tudott. Enyhe szorongást tapasztaltam nála, amit a terhességével kapcsolatos bizonytalanság-érzés tovább fokozott.

A mozgásterápia céljai

A betegség folyamatát a gerincvelő és az agy állandó, aktív gyulladása jellemzi, ezért a betegség fokozott fáradékonysággal jár. Ezt a tényt a gyógytornásznak feltétlenül figyelembe kell vennie. Minden gyógytorna megkezdése előtt el kell végezni a betegvizsgálatot. A betegvizsgálatot követően és az abban észlelték alapján készül el az a terv, amely meghatározza a mozgásterápia céljait és a beteg fejlesztésének egyénre szabott irányelveit.

A mozgásterápia jelenlegi célja az volt, hogy a páciens a lehető legkönnyebben viselje terhességét, a szülésre felkészüljön, javuljon egyrészt a koordinációs és egyensúlyérzéke, másrészt az alapbetegsége miatti csökkent önellátási képessége. Ennek megfelelően kitűzött cél volt, hogy a kb. 800 m-re lévő élelmiszerboltba egyedül, segédeszköz használata nélkül, neheztett útszakaszon (lejtőn felfelé) eljárasson bevásárolni.

A mozgásterápia elemei

Közös munkánkat légzőtornával kezdtük, melyet összekapcsoltam a végtagmozgások gyakoroltatásával, koordinációjavítással, az alsó végtagok izomerősítésével, valamint vénás tornával. Megerőltető gyakorlatokat sem az SM, sem pedig a terhesség korai szakasza miatt nem végeztettem. Egy héttel később a gyógytornát átmenetileg felfüggesztettük enyhe látászavar miatt, majd két hét elteltével, a tünetek enyhülését követően, újra folytattuk.

A terhesség előrehaladtával a test statikája, egyensúlyi helyzete megváltozik, megbomlik a törzs izomegyensúlya, a hasizmok túlnyúlnak, erejük gyengül, és fokozódik a lumbális gerincszakasz és izmainak terhelése. A beteg deréktáji fájdalmakra panaszkodott, ezért célom volt a helyes testtartás megéreztetése és kialakítása, tudatosítása, valamint a medencebillentés gyakoroltatása. Ez utóbbi hatékony segítséget jelentett a deréktáji fájdalmak oldásában is.

A következő hetekben főleg egyensúlyi és koordinációs gyakorlatokat, valamint izomerősítést folytattunk. A terápiát kiegészítettük az adduktorok nyújtásával, a csípőízület lazításával, aktív gerincmobilizálással és a terepen járás gyakorlásával. A légző-és az alsóvégtagi vénás torna minden esetben a kezdést jelentette.

A terhesség 20. hetében szülészeti-nőgyógyászati probléma nem merült fel. A nőgyógyász javasolta a terhestorna folytatását. Elkezdtük a relaxációs technikák elsajátítását, az autogén tréning "nehézségérzés" gyakorlatával. Célom volt az önkontroll, az akaraterő és a teljesítmény fokozása, valamint a teljes ellazulásra való képesség javítása. A megfelelő koncentráció képesség képezte az alapját a szülés alatt alkalmazható légzéstechnikák gyakorlásának.

Elért eredmények

Az első 14 vizitet követően a páciens járása stabilabbá vált, izomereje nőtt, továbbá képes volt a kezdeti 300 m-rel szemben 500-600 m-t megtenni lejtőn felfelé, pihenés és segédeszköz nélkül. Ekkor már 21 hetes terhes volt. A terhestornát kiegészítettem a csípő körüli izmok erősítésével, mellizom erősítéssel, a lábboltozat megőrzését célzó és javító gyakorlatokkal.

A 29. terhességi héten kezdtük a speciális, szülés alatt alkalmazható légzőgyakorlatokat, amihez jó alapot adott a fent említett autogén tréning elsajátítása. A speciális légzéssel a szülés alatt mindvégig biztosíthatjuk a szervezet megfelelő oxigén-ellátását. A helyes technika a lazító testhelyzetek egyidejű alkalmazásával hozzájárul az izomrelaxációhoz, védelmet nyújt a kimerülés ellen, megfelelő anyagcserét biztosít. Fontos, hogy a szülő nő a kontrakciókra összpontosítva, azokkal szoros összhangban alkalmazza a különböző légzéstechnikákat. Először megbeszéltük az általános érvényű szabályokat, majd megcéloltuk a koncentrációs gyakorlatok továbbfejlesztését, összehangolását a légzéssel. A páciens kérdése jogosan merült fel: vajon képes lesz-e ezeket alkalmazni a szülésnél? Amint az a későbbiekben látható, sikerrel alkalmazta a megtanult gyakorlatokat.

A következő hetekben a nyújtó gyakorlatokon, az izomerősítésen, a koordináció-és

egyensúlyfejlesztésen kívül a lazító, lassú, a kombinált, és az imitált préselő légzés elsajátítása történt. Ekkor a páciens már képes volt többek között önállóan bevásárolni, és kb. 800 m-t megtenni.

Szülést követő állapotváltozás

A 38. terhességi héten spontán vérzés jelentkezett, amely miatt a beteg kórházba került, ahol 2000. szeptember 20-án egészséges kisfiúnak adott életet, a megtanult légzőgyakorlatok segítségével. Mivel a terhesség hormonális változásai pozitívan befolyásolják a betegség alapfolyamatát, szülés után számítottunk egy esetleges akut rosszabbodás kialakulására, ami szerencsére nem következett be. Hat hónap múlva viszont relapszus jelentkezett cerebelláris tünetekkel, enyhe paraparézissel, a jobb oldali végtagok paresztéziájával, és állandóan fokozott vizelési ingerrel. Több napos gyógyszeres kezelést követően ismételt javulás lépett fel. A javulás után jelenleg is tovább folytatjuk a mozgásterápiát.

Következtetések

A fenti esetbemutató egyértelműen bizonyítja, hogy SM betegségben szenvedő nők egyénre szabott gyógytorna-kezeléssel, a betegség megfelelő menedzselésével, állapotrosszabbodás nélkül képesek lehetnek a terhesség kihordására. Bár a gyógytorna nem helyettesíti a gyógyszeres kezelést, a fenti esetből is látható, hogy a megfelelő gyógyszeres kezelés hiányában is a gyógytorna hatékony eszköz a betegség előrehaladásának lassításában.

[Vissza a
tartalomhoz](#)

Rendelkezésre áll-e a megfelelő szakmai ismeret és infrastruktúra, szervezeti háttér és érdekeltségi közeg a magyar ápolási szakma részére?

Kocsis Istvánné

Bethesda Otthonápolási Szolgálat szolgálatvezető főnövére

A Bethesda Gyermekkórház Magyarország egyedüli egyházi gyermekkórháza, és a kórház osztályaként működő Otthonápolási Szolgálat az első kórházi háttérrel működő otthonápolás az ország mintegy 350 hasonló feladatot ellátó szolgálatából. Működési feltételeink a szabályozó miniszteri rendeletek értelmében hasonlóak, megegyeznek a többi szolgálattal.

Az elmúlt évi munkánkról rövid ismertető

- engedélyezett normatív vizit: 5960
- OEP pótkeret: 1280
- MEP pótkeret: 1440
- Összesen: **8680** vizit mely egy pont értékű.

Teljesített vizitek: 10952
ebből

- ápolás: 5193
- gyógytorna: 5480
- fizioterápia 279

A különbség a finanszírozási értékből adódik, egy pontot ér a teljes ápolást igénylő első 14 vizit, a továbbiakban csökken az értéke 0,9–0,5 pont értékig.

Meg kell jegyezni, minden hónapban maradt ki nem fizetett vizitünk, amit még le sem jelenthettünk, mert erre a rendszer nem ad lehetőséget, és a többletteljesítés után nem is érdeklődik.

Ezt a munkát a lenti táblázaton mutatott létszámmal láttuk el. **Összlétszám: 17 fő.**

Munkaidő	Gyógytornász	Ápoló	Fiziterápiás assz.	Szolg.vez. főnövér	Adminisztrátor
Teljes munkaidőben	4 fő	4 fő	-	1 fő	1 fő
Részmunkaidőben	3 fő	3 fő	1 fő	-	-
Összesen	7 fő	7 fő	1 fő	1 fő	1 fő

Mielőtt hivatalosan szabályozva 1996-ban elindult az egészségügyben az egész ország lakossága részére hozzáférhető szolgáltatás, sokan és sokfelé tanulmányozták a rendszer működését, ami fő céljának a drága kórházi ellátás olcsóbbá és hatékonyabbá tételét tűzte ki. Közismert, hogy ez a tanulmányozott országok egészségügyi rendszerében elismert tény.

Magyarországon a megfelelő szakmai végzettséggel és ismerettel rendelkező szakdolgozói rétegnek az 1996-os népjóléti miniszteri rendelet lehetővé tette, hogy kényszervállalkozás formájában próbálja ki magát az otthoni betegellátás új területén.

Az otthonápolásban dolgozók mintegy 82%-a azóta is vállalkozó vagy másodállásos kolléga, mivel a főállás megélhetést nyújtó biztonsága a mai napig sincs meg az otthonápolási rendszerben.

A működési feltételeket előíró rendelkezések abszolút korrektek, precízen szabályozottak, infrastruktúrát – eszközt – végzettséget illetően az otthoni szakellátás feladatát átvállaló vállalkozó részére.

Feltételek:

- az iroda, tartozékaival, telefon, fax, számítógép,
- raktár a használati anyagoknak,
- anyagkészlet,
- a nővérnek táska
- előírt felszereltséggel,
- szakszemélyzet megfelelő gyakorlattal.

A működés feltételeinek biztosítása a vállalkozó feladata, és amennyiben minden fórumon zöld utat kapott – ÁNTSZ, Egészségbiztosítási Pénztár, APEH – elkezdheti saját kockázatára a közszféra feladatának átvállalását, legjobb szakmai tudása, és minden rendű vállalkozói bátorsága összeszedésével.

Kiválóan szervezett az a szabályozó rendszer, ami jelenleg naprakészen, percnyi pontossággal, a rendszerben dolgozók nyilvántartásával, a beteghez kapcsoltan tudja követni a lejelentett vizit alapján miért, mennyit fizet az Egészségbiztosítási Pénztár. Mindez csak azt mutatja, hogy lehet hazánkban ilyen kiválóan szervezett programot is felépíteni.

Ez az apparátus részéről így igaz, míg a szakma részéről ez a fajta szervezeti háttér nem jött létre. Kezdetől fogva van ugyan egy Magyarországi Otthonápolási és Hospice Egyesület – aminek elnöke az egyik szolgálat orvos-igazgatója –, de az egyesületek jogosultságai nem érdekérvényesítő hatásúak az érdekegyeztető fórumokon. Az évenkénti egyeztető fórumokon az egészségügyi tárcánál az otthonápolásnak nincs képviselője. Az egészségügy szerkezetátalakítása során a költség-hatékony ellátás biztosítása vajon kinek az érdeke? *Az újabb kérdés az érdekeltiség – kinek az oldaláról?*

– A beteg az egyik oldal, aki feltétlen érdekelt lenne az otthonápolásban, amennyiben tud róla, – a tapasztalatom alapján azonban, nem tud róla. Itt megjegyzem, ha ismernék e szolgáltatási formát, a felmerülő igény szerinti ellátást a jelen vizitkeret alapján nem tudjuk biztosítani.

– A másik oldal a szakma – érdekelt-e az otthonápolás fejlesztésében? A költségvetés egészségügyre fordított zárt éves kasszájából kell elosztani mire mennyit fordítanak, és miből lehet erre az új feladatra átcsoportosítani. Miért mondanak az egészségügyi intézet vezetői azt, hogy rövidebb ideig akarom ápolni a beteget, térjünk át az egynapos sebészetre, hiszen úgy sincs ápolóm, nincs pénz gyógyszerre nem tudom biztosítani az új berendezések beszerzését, stb. Ez az ápolási nap és ágykihasználás csökkentését jelentené, ami maga után vonja az ágyszám leépítését is, annak minden – az orvosokat és a szakdolgozókat is hátrányosan érintő – vonzatával együtt. Felmértük budapesti viszonylatban, hogy a kórháznak van – e együttműködési megállapodása otthonápolási szolgáltatóval. A 20 megkérdezett intézményben nincs ilyen megállapodás, mert nem ismerik az ajánlközöt, nem merik vállalni.

Javaslatként megfogalmazódott, hogy létesüljön koordinációs központ az otthonápolási igények összehangolására.

A mai követelmények a minősített intézményeket és szervezeteket tekintik színvonalasnak, ámbár még a kórházak többsége sem az, de egy otthonápolást végző szolgáltatónak – akinek természetes, hogy van engedélye a működéshez – mikor lesz anyagi lehetősége a minősítés megszerzésére?

Ezek a kérdések 5 évvel az indulás után mindenképpen elgondolkodtatóak.

– A szakrendelők érdekelt-e? – egyértelmű, hogy nem. Hiszen, ha a beteg nem oda jár vissza pl. a reumatológushoz és kezelésre a fizioterápiára, vagy a gyógytornára, ritkábban találkozna az orvossal. A sebészeti kötözést is ki tudja váltani a sebellátásban jártas szakápoló, amennyiben elrendeli a szakorvos, nálunk ilyen nem történt még. A május 11-én rendezett “Egynapos sebészet” konferencián Dr. Gaál Csaba előadásában elemezte a gazdaságossági tényezőket, amelyek még az un. gazdag országokban is problémát jelentenek. “Az orvoslás egyre drágábban fizethető meg, de ez a folyamat feltartóztathatatlan. A szükséges összegek csak akkor biztosíthatók, ha az egészségügyben valahol megtakarítás érhető el: erre az ambuláns sebészet óriási lehetőséget nyújt.” – de ehhez szükséges az otthoni szakápolás biztosítása. Hasonlóképpen Dr. Nagy Béla a partnerkapcsolatok és erőforrások között utal a kellően fizetett, nagy szakmai tudású és megfelelő gyakorlati tapasztalatokkal rendelkező személyzet jelenlétére és az otthoni szakápolók gyakorlati továbbképzésére.

– A házi orvos érdekelt-e? – tapasztalatunk változó. A XIV. kerületben még 6 otthonápolási szolgálat dolgozik, így minden házi orvos eldöntheti, melyik szolgálatra bízva betege ellátását, amit ő maga, vagy a körzeti nővér idő hiányában nem képes biztonságosan ellátni. A kerület megkérdezett házi orvosai közül többen állnak 2, esetleg még több szolgáltatóval kapcsolatban.

A rendelet 13 pontban szabályozza az elvégezhető tevékenységet, amely az elrendelő lap kitöltésével indul.

Személyi adatokon túl lényeges:

- az elrendelést indokló diagnózis meghatározása,
- az ellátást befolyásoló tényezők megállapítása,
- a vizitek számának és gyakoriságának meghatározása,
- az ellátásért felelős szakember nevének feltüntetése,
- az ellátás típusának, a beteg állapotának megjelölése,
- aláírások, kódszámok, pecsétetek megléte.

A magyar ápolók és szakdolgozók részére jelenleg ez a szakterület jelenti a legnagyobb kihívást, mivel az itt dolgozók abszolút új helyzetbe kerülnek. Van, aki éppen ezért kedveli és ezt akarja végezni, de van aki éppen ezért nem ezt választja.

A munkakör előnyei:

- az ápolónak önálló munkára ad lehetőséget,
- egyszemélyben felelős az elvégzett munkáért,
- az ápoló felelős a dokumentációért, – intézményi háttér nélkül kell helytállnia az adott szituációban,
- kötetlen munkaidő lehetővé teszi, hogy az ápoló a napi munka programját maga alakítsa ki a beteggel egyeztetve,
- változatos munkakörülmények, – személyesebb nővér – beteg kapcsolat alakul ki, sikerélmény.

Nehezítő körülmények:

- nehéz a táska,
- utazással, átszállással jár, kieső idő,
- időjárás változásai,
- nincs intézményi háttér,
- a családi otthonban konfliktus helyzetek rendezése,
- esetenként “szolgaként” kezeli az ápolót a beteg illetve a hozzátartozó az otthonában stb.

Fontosnak tartom, hogy a működési feltételek között meghatározták: az ápoló minimum 3 év fekvőbeteg osztályon eltöltött gyakorlattal rendelkezzen. Valóban indokolt ez, hiszen a beteg elvárja, hogy a problémát értő és ismerő szakember legyen, aki őt ellátja, rendelkezzen elméleti tudással és gyakorlattal készségszinten. Én úgy érzem, akik jelenleg az otthonápolásban a mi szolgálatunknál munkát vállaltak, megállják a helyüket a mindennapi feladatok során.

A gyógytornászok és az ápolók is azonos gonddal szembesülnek. Ha hosszabb távon főállásban végzik ezt a munkát, elvesztik az eddig kórházi rendszerekben megszokott és megismert kapcsolati háttérrel. Ámbár nem jellemző, hogy a többség főállású lenne, de a 18-20% is 6-700 főt jelent országosan, és talán gyarapodni fog ez a szám.

A nem főállású munkatársak pedig szabadnapjukon vagy a II-III. műszakban végzik a plusz kereset miatt az otthoni ellátást.

Fontos mindnyájunk számára, hogy az új metodikákat, gyógyszereket, az új eszközöket, segédanyagokat, szakirodalmat napra készen ismerjük, hogy ne a beteg dokumentációja alapján kelljen tanulmányozni mi is történt, hiszen a betegek különböző ellátási problémák miatt igénylik a szolgáltatást.

Sok segédeszköz forgalmazó cég észrevette már az otthonápolásban rejlő lehetőséget, és próbálja termékeit megismertetni a szolgálatokkal, de véleményem szerint még van mit tenni ezen a téren is. Fontos, hogy munkatársaink tudjanak tanácsot adni a segédeszközök használatáról, javasolni mi mire jó, és hol és miként szerezhető be.

Örömmel mondom el: a mi szolgálatunk abban a szerencsés helyzetben van, hogy egy oktató terem és demonstrációs szoba rendelkezésünkre áll, ha erőnkől futja, bármikor lehetőség van újdonságok megismerésére. A kórháznak több éven át lehetősége volt egy holland kormány által támogatott pályázatban részt venni, ez anyagi segítséget is jelentett a fent említett oktató egység megteremtéséhez. Folyamatosan próbálkozunk pályázatokkal biztosítani a naprakész és elvárható színvonalat.

Falus dr. egy nyilatkozatában a közelmúltban kifejtette “Gazdaságosan pedig csak olyan vállalkozások tudnának működni, amelyek 15 szakápolóval havi 1500 vizitet végeznek. Ettől azonban meglehetősen messze vagyunk”.

Fontos, hogy a munkatársak ne érezzék, hogy magukra vannak hagyva. A szolgálat munkatársai egy közösség tagjai, akik egymást ismerve rendszeresen találkoznak, meg tudják beszélni esetleges ellátási gondjaikat. Kell, hogy információjuk legyen a szolgálatról is, a rendeletek változásáról, szakmai konferenciákról, továbbképzési

lehetőségekről.

Több esetben előfordul, hogy a betegnek gyógyulásához többféle szakember segítségére van szüksége, ha ezt a szolgálatok meg akarják oldani, nagy gondot vállalnak fel. Jelenleg a beteg otthonában napi egy tevékenységet finanszíroz az Egészségbiztosítási Pénztár, de ha ez a beteg nem megy haza, pl. a stroke után, a kórházban természetesen a nővér ellátás mellett a gyógytornász és a logopédus is felkeresi akár naponta is, ahogy indokolt. Holczinger Zsuzsanna, a Szent Rita Otthonápolási Szolgálat igazgatója a NÖVÉR folyóiratban beszámolt egy stroke-beteg otthoni rehabilitációjának lehetőségeiről a gyógytornász, a logopédus és az otthoni szolgálat szemszögéből.

A 49 éves beteget 57 napos kórházi kezelést követően otthonába szállítás után vették rehabilitációs ellátásba a Szolgálat munkatársai és a segítséget nyújtó háziorvos, körzeti nővér, szakorvosi tanácsadó, valamint a legnagyobb áldozatot vállaló feleség.

Az ellátást a kórházban szerzett decubitus ellátása és meggyógyítása mellett – amit a körzeti nővér látott el – a kiesett vagy sérült funkciók visszaállítására kellett irányítani. A gyógytornásznak a speciálisan agysérültek mozgáskezelésével foglalkozó rendszer alapján indított terápiája és a feleség aktív segítő hozzáállása, a beteg tevékeny igyekezetét megnyerve hozott eredményt, miközben a logopédus is folyamatosan segítette a beszédképesség visszaállítását.

Hangsúlyt kap a dolgozatban a feleség 24 órás helytállása, ami testileg, lelkileg kimerültté tette, és időnként ő is lelki gondozásra szorult. Egy évvel későbbi ismételt kórházi kezelés után további rehabilitációs tevékenységgel másfél év után befejezték a család segítségét, a beteg elfogadta az életét visszafordíthatatlanul megváltoztatott állapotot. A szerzők leírják az ellátás költségkihatásait is.

A logopédiai munkát a Soros alapítvány támogatta egy éven át, a feleség folyamatos, áldozatos tevékenysége nem fejezhető ki Ft-tal, mivel munkahelyét kényszerült feladni és ápolási segítyt vett igénybe.

A beteg tagja volt egy önkéntes egészségbiztosítási pénztárnak és ők is támogatást nyújtottak 1-1 hónap erejéig a gyógytorna és logopédia költségeihez.

Szükségesnek írják a szociális gondozók időszakos igénybevételét – ezért a család fizet – valamint a civil szféra nagyobb és szélesebb körű igénybevétele nagy segítség lehet az ilyen komplex problémákkal küzdő beteg ápolása során. A civil szféra az én számomra az önkéntes segítőknek jelenti, ami a Bethesda Otthonápolási szolgálatnál évek óta tevékenyen működik. Később visszatérek rá.

A finanszírozási részét illetően korrekt kimutatást készített a Szent Rita szolgálat, amiből az a következtetés vonható le, hogy: „Több hasonló eset ismételt előfordulása esetén működésképtelenné válna a szolgálat.” OEP térítés 73%, szolgáltatóé 27%.

A közleményben megfogalmazottakkal egyetértve mi is javasoljuk:

- havi vizitkeret felváltása negyedéves vizitszámmal, – diagnózishoz rendelt finanszírozás,
- érdekeltté tenni a kórházakat a beteg szakmailag indokolt időben történő elbocsátásában.

A munkánkhoz nélkülözhetetlen konferenciák, továbbképzések, szakmai folyóiratok egyre nehezebben biztosíthatók.

A III. Otthonápolási Kongresszus 300 résztvevője egy Nyilatkozatot fogadott el, amely a szolgálatok gondjait, szükségleteit fogalmazza meg. A nyilatkozat egy pontjában megfogalmazódott. Az éber kómás betegek ellátásának megszervezési igénye. Szolgálatunk ezt a kórformát csak az önkéntesek bevonásával tudja az otthonokban segíteni. A velünk dolgozó önkéntes nyugdíjas orvosnő vezetésével szervezetten igyekszünk az éber kómás betegeket segíteni. Ő már országos kapcsolatokat épített ki és fáradságot, időt nem kímélve segíti tanácsaival, tapasztalatával, esetenként segédeszközök beszerzésével a Magyar Máltai Szeretetszolgálat bekapcsolódásával a hozzáfutókat. Mivel az éber kómának országos nyilvántartása nincs, nehéz megítélni, milyen nagyságú a kómás beteg ellátását igénylő családok gondolja, embert próbáló, ajtóik mögé zárt élethelyzete. Általunk segített családok adatai alapján, a gyors és szakszerű elsősegélyek után, az intenzív terápiás beavatkozásoknak köszönhetően, az akut ellátást követően sor kerülhet az intézeti rehabilitációs kísérletre. Tapasztalatunk szerint a permanens vegetatív állapotú betegek ellátására hazánkban az egészségügyi intézmények rendszerében nincs hely. Ha a család nem mond le a betegéről, hazaviszi és *magára marad az ápolás gondjával!*

Tapasztaltuk, hogy ezen családok tagjai mindent megtanulnak, mert mindent meg lehet tanulni és a környezet egyszerűen tudomásul veszi helyzetüket, de nincs ráépített rendszer, aki szakszerű tanácsaival, folyamatos kíséreléssel, rendszeres tevékenységgel mentesítené azt a személyt vagy családot, aki magára vállalta a kontaktusra képtelen tehetetlen test folyamatos ellátását, akár éveken át is.

Önkéntes munkatársak aktívan segítik a hospice ellátást igénylő családokat is a kritikus időszakban, mivel a szakellátás szabott időkerete és szakember gárdája nem tud a jelen lehetőségeken belül hatékony segítséget nyújtani ilyen esetben a rászorulóknak.

Úgy tudom, minden szolgáltató érzékeli azt a kritikus helyzetet, hogy a beteg részére a szociális gondozás és szakellátás együtt nyújtana hatékony segítséget. Konferenciákon egy-egy előadásból, egyes sikeres próbálkozások beszámolóiból ismerjük, hogy eredményesebb a tevékenység, ha egységes szakmai irányításból történik az ellátás. Előnye, hogy a szakember ismeri a beteg gondját, és el tudja dönteni, mikor mire van szükség

a nap folyamán: szociális gondozóra vagy szakápolóra, esetleg mindkettőre. Nem történhet meg, hogy a beteg lakásán futnak össze egyik nap, míg másnap senki nem nyitja ki az ajtót. Ezt Hollandiában úgy oldották meg 2 éve, hogy a beteg mindenért fizet. Igaz, hogy nem 2 külön terület felelős az ellátásért, és az állampolgár szükséglet szerinti ellátást kap.

Ha indokolt, naponta akár 3-4 alkalommal is kap segítséget a beteg otthonában, tanácsot a lakás átalakításához és szakszerű berendezéseket, ami megkönnyíti a mindennapi tevékenységet, javítja az életminőséget, és még mindig olcsóbb, mint a kórház. Ezt a mintát jó volna itthon is követni. A konferenciákon hallottunk az előbbihez hasonló törekvésekről, és ez biztató az otthonápolás jövőjét illetően.

Kérdés volt: rendelkezésre áll-e a megfelelő szakmai ismeret? Egyértelmű a válasz: igen.

A magyar oktatás az egészségügyben is magas színvonalú, azok a tanulók, akik bármilyen szinten itt kapnak diplomát, helyt tudnak állni minden területen.

A magyar ápolási szakma jövője: akik 30-40 éve a pályán vagyunk – egyre kevesebben –, ismerjük a jelent, félünk, hogy betegek leszünk, félünk a jövőtől. Az ország költségvetési kereteiből fedezik az oktatást is, mint a háziasszony a bevételekből a háztartása kiadásait. Ahhoz, hogy az gazdaságos legyen, tudni kell, miből – mennyit spejzolhatok, hogy egész éven át elég legyen, és az legyen benne, amire szükségem van, hiszen a család szükségletét kell hogy fedezze.

Az oktatás színvonala jó, mindenhol a világon értékelik még az egészségügyiek diplomáit is – és értékelem azt az elgondolást, hogy minél több fiatal, vagy idősebb is szerezzon diplomát – egyre nagyobb támogatást adva részükre a közös kasszából, de nem mindegy, hogy hasznosítják azt a tudást, amihez így jutottak hozzá. Az egészségügyi iskolákban lassan nincs ápoló tanuló, évtizede egyre kevesebben maradnak a tanult pályán, hiszen elfogadják a diplomájukat egyéb területeken is.

Közismert volt, Székesfehérvár üzemének futószalagja mellett betanított munkásként a kórház ápolói elhagyva a hivatást, többszörös fizetést kaptak. Az osztrák határ közeli kórházakban alig maradt nővér, ez jelen probléma. Ezt, vagy az ehhez hasonló veszteséget ki téríti meg? Nagyon drága lesz az Erdélyből vagy Ukrajnából jövő ápolók munkába állítás előtti átképzése, de ez nem is lehet megoldása az ápoló hiánynak.

Jó volna megvizsgálni, hogy kik a felelősei az ápolás és az ápolók helyzetének ilyen mélypontra jutásáért. Ne ámítsuk magunkat, hogy minden rendben van.

Át kell gondolni a jövő érdekében, hogy a pályaelhagyókra, vagy a pályán maradókra költjük a költségvetés pénzét, hiszen a pályaelhagyók tudásának értéke – szavatossága lejár, a regisztrációs rendszerben értékvesztő lesz, az erre fordított pénzvesztéséget vajon kiszámolta-e valaki, hogy mekkora? Nem hiszem, hogy a diplomákat az Európai Unió csatlakozás érdekében kell csak gyarapítani.

Ismerünk országokat – a szomszéd Ausztria is ilyen – a kórházakhoz és egészségügyi intézményekhez tartoznak az iskolák, igény szerinti képzés történik ösztöndíjjal, és figyelik a pályaelhagyást, mert ott azt veszteségnek tekintik. Az egészségügyben dolgozóknak a munkájuk tisztességes állami fizetést biztosít a megélhetéshez, nem az erkölcstelen és ott ismeretlen borraivaló rendszert teszik adóalappá. Ezt is jó volna megoldani.

Cseppekből áll a tenger, személyem is egy csepp ebben az egyre apadó tengerben, ahol egyre kevesebben vagyunk. A tenger néha megáradhat és hullámozik, de az lenne jó, ha egy csendes öböllé változna, és vitorlát bonthatna rajta sok-sok arra érdemes fiatal, aki a beteg ellátását választja élete értelmének.

[Vissza a
tartalomhoz](#)

Az ápolási folyamat dokumentálásának új gyakorlata

Dr. Billoné Jenei Anna
ápolási igazgató
Bajai Kórház

A Bajai Kórház jelenlegi ellátási területe 29 település, ez 120 000 lakos egészségügyi szakellátását jelenti. A 629 ágyas intézet ISO 9002 szerint tanúsított minőségügyi rendszerében 1085 dolgozóval látja el feladatát.

A kórházban öt éve működik számítógépes információs rendszer, amely egységbe integrálja a különböző orvos szakmai területek működését, beleértve a fekvő és járó betegek kúraszerű ellátását, valamint a diagnosztikai egységeket. A rendszert az orvosok mellett a nővérek is megtanulták használni. Az ápolási folyamat minőségének fejlesztése érdekében a korszerű informatikai infrastruktúrát kihasználva kezdtük el megtervezni az ápolási alrendszert.

Feltérképeztük az ápolási szokásokat a különböző osztályokon, és megállapítottuk, hogy **az ápolás a szakmai szabályoknak megfelelt, az egyén szükségleteire épült, mégis ugyanaz az ápolási esemény másképpen valósult meg.** A tervezés során arra törekedtünk, hogy az ápolók közös nyelven beszéljenek, egységes ápolási gyakorlat valósuljon meg.

Intézeti szintű ápolási alrendszert terveztünk, mely illeszkedik az orvosi rendszerhez és azzal számos ponton összekapcsolható. A szakmai specialításokat figyelembe véve egységes ápolási protokollok, eljárásleírások, folyamatszabályozások és dokumentumok készültek.

Azokat az ápolókat vontuk be, akik egyetértettek a dokumentációs rendszer megváltoztatásával, akarták és aktívan részt vettek a “szabályok” kidolgozásában.

Célunk:

- Az egységes protokollok használata ápolásszakmai színvonalváltást eredményezzen.
- A beavatkozásokhoz használatos ápolási eszközök egységessé váljanak.
- Megvalósítható legyen az azonos anyagfelhasználás a szakmai igényesség szem előtt tartásával.

Az ápolási alrendszer bevezetésének feltételei:

- Kijelölni az ápolási egységekben azokat a számítógépeket, amelyeken majd a nővérek dolgoznak.
- Ezekhez a terminálokhoz folyamatos hozzáférést kell biztosítani az ápolók részére oly módon, hogy a dokumentálási kötelezettségének eleget tudjon tenni.
- Meg kell tanítani a dokumentációs alrendszer használatát.

A változtatás sikerét befolyásolja:

- Az osztályvezető főorvosok elkötelezettsége és az osztályon dolgozó orvosok együttműködése.
- Az egészségügyi operátorok feladatának a meghatározása.
- Az ápolási alrendszer használatának leszabályozása.

A rendszer használatának szabályozása:

- az ápolói kompetencia szerint jogosultsági szinteket kell meghatározni,
- el kell dönteni, hogy az ápolási dokumentáció mely elemeit tároljuk kinyomtatott formában is,
- le kell szabályozni ápolási egységenként, a szakmai szabályainak megfelelően az egyes dokumentumok tartalmi elemeit,
- meg kell határozni, a megszűnő írásos dokumentumokat mi váltja ki az informatikai rendszerben,
- dönteni kell arról is, mit használjon az ápoló a betegágy melletti információk rögzítésére,
- biztosítani kell az átállás folyamatosságát, mindenki minden dokumentumot be tudjon azonosítani.
- A szoftver használatának megtanulását a gyakorló program beindításával kell segíteni.

Az ápolási informatikai rendszer erőssége:

- az egységes dokumentációs rendszer biztosítja az ápoló mobilizálhatóságát,
- az ápoló képes a többprofilú, “mátrix szerkezetű” ápolási egységben is az adott feladatnak megfelelni,
- az ápolás-szakmai és ápolási-költség különbségek beszűkülnek, majd fokozatosan megszűnnek,
- a program mellé tervezett és gyakorlati bevezetés folyamatában lévő készletgazdálkodási program lehetővé teszi az ápolás értékének megjelenítését,
- az adatvédelmi törvénynek az elkészített dokumentumok megfelelnek, az adatrögzítő ápoló személye mindenkor beazonosítható,
- a lerögzített adatok utólag nem módosíthatók, csak újabb időpontban beírhatók,
- az elvégzett ápolási tevékenységek áttekinthető ellenőrzése folyamatos lehet, mód van a feed-back lehetőségére is,
- segíti a különböző mélységű adatok, finanszírozási technikai mutatók elemzését, a megjeleníthető anyagfelhasználás költsége segíti az éves költségvetés elkészítését, valamint a kontrolling tevékenységet,
- ápolási kapacitás, kihasználtság monitorozását teszi lehetővé,
- ápolási szokások változását tudjuk nyomon követni,
- ápolási szükségletek felmérését és elemzését végezhetjük a különböző ápolási egységekben,
- lehetőség van az ápolási diagnózisok és ápolási modellek használatának elemzésére,
- az ápolásszakmai protokollok használatának ellenőrzését segíti, amely a további fejlesztést célozza meg.

Milyen hatással van az informatikai rendszer az ápolásra?

- Az új dokumentációs rendszer erősíti az ápoló hitelét, szakmai presztízsét.
- Az egészségügyi operátorok jelenlétével a betegellátást újszerű segítők teszik színvonalasabbá. (Intézetünkben ebben az évben 22 operátor szerez szakképesítést.)
- Az ápolók az ápolási dokumentációs oktatóprogramon való részvétellel sajátítják el az ismereteket és 32 továbbképzési pontot is szereznek.
- Az ápolási folyamat újszerű megtervezése, kivitelezése minőségi változást eredményez, kihívást jelent az ápoló számára, amelynek meg is akar felelni.

- Szorosabbá fűzi a kapcsolatot a különböző ápolási egységekben dolgozó nővérek között.
- Erősíti az ápoló és az orvos együttműködését.

A modell értékű rendszer segíti a kórházi menedzsment munkáját azáltal, hogy az ápolási alrendszer az orvos-szakmai, a gazdasági és finanszírozási rendszerekhez kapcsolható. Támogatja a betegségcsoportok szerinti költség-meghatározást, teljes körű használatával betegszámla készítését teszi lehetővé.

ENCI-HIS rendszer ápolási alrendszerének rövid ismertetése

1. Ápolási dokumentumok vezetése

A hatékony adatrögzítést általunk összeállított, előre elkészített szövegsablonok és adatszótárak segítik. Ezek használatával nem csak az adatrögzítés idejét lehet minimalizálni, hanem a már említett egységes szerkezetű és tartalmú ápolási dokumentáció vezetését tudjuk megvalósítani a minőségbiztosítási rendszerünkben lefektetett protokollok, eljárásleírások stb. segítségével.

Anamnézis:

Az ápolási anamnézist az említett sablonok felhasználásával rögzítjük. Igény esetén a sablon szöveget egyedi beírással egészítjük ki.

Státusz:

Az ápolási státusz rögzítésére van lehetőség.

Ápolási diagnózis:

A beteg ápolási diagnózisait szótárból választjuk ki. A beteghez tetszőleges számú ápolási diagnózist rögzíthetünk, de egyedi beírás itt is lehetséges.

Ápolási terv:

Minden betegnél rögzítjük a rövid-, közép- és hosszú távú ápolási tervet. Itt is rendelkezésünkre állnak előre megírt sablonok, amelyek szabadon átirhatók, módosíthatók.

Ápolási napló:

Jelentősége alapján kiemelkedik az ápolási napló vezetése. A beteghez kötött tevékenységeket a beteghez kapcsolt naplóban vezetjük. Itt történik a "betegátadás", az értékelés, vagyis az ápoló itt rögzíti a beteg állapotáról, az ápolói beavatkozásokról az információkat.

Osztályos napló:

Az általános osztályos ápolási tevékenységeket az elektronikus osztályos naplóban rögzítjük. Ebben a dokumentumban olyan tevékenységek rögzítődnek, mint például hőmérzés, ágyazás, gyógyszerelés, reggeli, ebéd kiosztás.

Mind az ápolási napló, mind az osztályos napló esetében fontos kiemelni azt, hogy az elvégzett és lerögzített tevékenységhez ár rendelhető, így a nővérek bérének jelentős része közvetlen költségként a betegszámlába beépül.

2. Étkezésekkel kapcsolatos tevékenységek

A beteg felvételét követően – az orvossal egyeztetve – mindjárt elrendeljük a szükséges diétát.

Az eddigi papírmunkát – rendelést, pótrendelést és lerendelést- és ezen bizonylatok kézi mozgatását a program váltja ki. Ez gyorsabbá teszi az ápoló és a dietetikus kapcsolatfelvételét valamint az ápolási esethez pontos étkezési költséget tudunk kapcsolni, mely költség szintén a betegszámla része.

Amennyiben a beteg diétája az ápolás alatt nem változik, a későbbiekben az étkezéssel több teendő nincs. A napi diéta megrendelése automatikus. Természetesen lehetőség van a diéta váltásra, valamint az egyes étkezések adott napra szóló lemondására is.

3. Gyógyszer dózisok vezetése

Az orvos által elrendelt és rögzített terápiát a nővér áttekintheti, miután ezen a ponton a két rendszer összekapcsolódik. Kórházunkban a viziten elrendelt dózis váltást, leállítást, új gyógyszer indítását az orvos dokumentálja, de ezen tevékenységet az ápolási alrendszerben a nővér is elvégezheti.

A készletgazdálkodási alrendszer a napi gyógyszerfogyással az osztály készletét automatikusan csökkenti és a gyógyszer ára – az étkezéshez hasonlóan – beépül a betegszámlába.

A nővér által beadott renden kívüli gyógyszereket is itt dokumentáljuk.
Renden kívüli gyógyszer, amelyet az orvos csak egyszeri alkalommal rendel el.

4. Felhasznált anyagok rögzítése

A protokollok szerinti felhasznált anyag egyrészt csökkenti az osztály készletét, másrészt a költségével megterheli az ápolási esetet.

5. On-line ápolási kézikönyv

A minőségbiztosítási protokollokban leírt ápolási tevékenységek olvashatók itt. A szöveg fő- és alfejezetekre tagolt, biztosítva a gyors keresést.

6. Ápolási zárójelentés

A beteg távozásakor, illetve más osztályra történő áthelyezésekor ápolási zárójelentést kap. Ezen zárójelentés része az ápolási epikrízis. Itt dokumentálja a nővér az otthoni ápolásra, vagy a további kórházi ápolásra szóló ápolási javaslatait.

7. Korábbi ápolási dokumentumok áttekintése

A beteg jelen ápolásakor minden korábbi ápolási dokumentumát áttekinthetjük, és ezáltal könnyen megítélhető a beteg állapotjavulása illetve -romlása. Eldönthetjük, hogy mit kívánunk belőle kinyomtatni, illetve itt van mód a beteg ápolási folyamatának ellenőrzésére.

8. Egyéb tevékenységek

Lehetőség van továbbá etikettek nyomtatása, elektronikus beutalók és az orvos szakmai adatok megtekintésére. A beteg áthelyezésekor az orvos-szakmai adatok mellett az ápolási dokumentáció is átadódik, így a fogadó osztály nővérei számára ismertek az ápolási előzmények.
Az ápolási menedzsment és a szakterületek közötti kapcsolatot könnyíti a rendszer részét képező belső levelező rendszer, amely alkalmas körlevelek küldésére is.

[Vissza a
tartalomhoz](#)

A tudományos alapú és költség-hatékony gyakorlat kialakítása: Kritériumok, praxis irányelvek és indikátorok

Gulácsi László

*Egészségügyi Gazdaságtani és Technológiaelemzési Munkacsoport
Budapesti Közgazdaságtani és Államigazgatási Egyetem, Közszolgálati Tanszék, Budapest*

1. Miért is foglalkozunk a minőséggel?

A praxis irányelvek kialakításának megkezdése előtt, illetve annak során célszerű választ adnunk a következő kérdésekre:

- *Ki az, akinek szüksége van a minőségre:* a kormányszaknak; az egészségügy vásárlóinak; a szolgáltatóknak; a szakembereknek; vagy a társadalomnak?
- *Miért érintett a kormányzat:* mert jó minőséget akar; vagy mert rossz a minőség?
- *Hol és miért válik a minőség igazán fontos kérdéssé:* a társadalmi elvárások; illetve a társadalom elégedetlensége miatt; a piaci hatások és működés problémái miatt; a piaci besorolás a minőség alapján történik-e; a rossz minőségű szolgáltató kiszorul-e a szolgáltatás nyújtók köréből, a tudományos gondolkodás; vagy a racionalizáció miatt?
- *Mi a célunk a minőségfejlesztéssel:* az elszámoltathóság; a standardizáció; a költség-csökkentés vagy költség kontroll; a betegek védelme és biztonsága; racionalizáció (a döntéshozás variabilitásának csökkentése)?
- *Milyen modell használata látszik célszerűnek:* normatív; leíró; önszabályozó; vagy a folyamatos fejlesztés?
- *Hogyan történjék a minőségbiztosítás bevezetése a gyakorlatba?* Több lehetőség is van, koncentrálhatunk az: inputokra; folyamatokra; outputra (klinikai folyamat indikátorok), vagy az outcome-ra.

– *Mitől függ a minőség az adott helyzetben?* Vajon az ellátás minősége a szervezet struktúrájától, vagy az individuális klinikustól függ? A minőséget a rendszer vagy az egyes munkatársak hozzák létre?
– *Milyen legyen a szakma kapcsolata a minőségbiztosítással:* nincs kapcsolat; párhuzamos; együttműködő?
– *Mi legyen a minőségbiztosítás eredménye?* Gólpasz: segíteni a munkatársakat a jobb döntések meghozatala érdekében, vagy gól: be kell mutatni azt, hogy a minőség javult.

1.1. A minőségi problémák forrása: a szakember vagy a rendszer?

Vajon hol keresendő az alapvető minőségi problémák legfőbb oka, a finanszírozó intézményeknél, a szolgáltatóknál vagy a betegeknél? Ez a kérdés merült fel az Egyesült Államokban is, amellyel kapcsolatosan a Kongresszus illetékes bizottsága az Institute of Medicine-t bízta meg, hogy vizsgálja meg a Medicare betegeknek ellátást nyújtó kórházak tevékenységét és a betegek szokásait. A vizsgálat eredménye szerint a problémák 80%-a nem az orvosi diagnosztikában és a gyógykezelésben keresendő, a minőségi és a pénzügyi problémák okai magában a működési rendszerben vannak. Éppen ezért azok az elképzelések, hogy a jobb minőség és a gazdaságosság fejlesztése a „róbáld még egyszer!”, „csináld jobban!” és „dolgozz többet!” pszichés ráhatással, anyagi ösztönzőkkel és adminisztratív büntetésekkel kombinálva meg hozza a minőség javulását, nem hozhatnak sikert. Balsikert és rosszabb minőséget, növekvő költségeket azonban annál inkább. Hiszen a legjobb munkatársakat, akik már így is erejük teljes megfeszítésével dolgoznak, már nincsen „hova” tovább motiválni, akik a minőségért eddig sem sokat tettek, azok legfeljebb átvesszik az új terminológiát. Mindkét csoport meg fogja azonban kérdezni, hogy mi az, amit még egyszer meg kellene próbálni, mit csináljon jobban és hogyan dolgozzon többet. A helyi és a felső menedzsmentnek ezekre a kérdésekre pedig valamit mondania kell. Ezek a kérdések azok, amelyekre a minőségbiztosítás alkalmazásával lehet megtalálni a választ.

Számos vélemény hangzott el a részletekbe menően aprólékos gyógyítási és ápolási standardok felállításának, valamint a kontroll megvalósításának szakmai autonómiát csökkentő hatásáról. Egyre nagyobb egyetértést tapasztalható azonban abban, hogy ennek az ellenkezője hozhat csak tartós megoldást: nagyobb szakmai önállóság és kevesebb adminisztratív beavatkozás a kívánatos. Ez viszont egyértelműen megkívánja az egészségügytől, orvosoktól, nővérektől és más szakemberektől azt, hogy saját maguk, szakmán belül állítsák fel a működési irányelveket, kritériumokat és standardokat valamint gondoskodjanak azok betartásáról, valamilyen tanúsítási/akkreditációs rendszer keretében. Ezzel mintegy előzetes garanciát kap a finanszírozó, hogy a dolgok ellenőrzött mederben folynak, nem várható deficit és egyéb kellemetlen pénzügyi szituáció. Minőségi garanciát kap a beteg, azaz a fogyasztó/vevő is ezen a módon. Ezeknek a feladatoknak az ellátására jöttek létre a század elején a fejlett országokban az első orvos szakmai szövetségek, és hozták létre minőségbiztosítási szervezeteiket és a fenti garanciák megléte felett örökődő akkreditációs rendszerüket (Roberts, Coole és Redman, 1987).

2. Az elsőként választott minőségbiztosítási program jellemzői – irányelv az induláshoz

Minőségbiztosítási programok indíthatók az egészségügy valamennyi ellátási szintjén, az orvosi, ápolási és más egészségügyi szakmák területén, a menedzsment munkájának a javítása céljából. A kórház túlságosan bonyolult ahhoz, hogy egyszerre minden területen minőségbiztosítási programokat lehessen indítani. Ki kell választani, hogy mit csináljunk először.

A minőségbiztosítás koncentrálhat a struktúrára, folyamatokra, outcome-ra illetve ezek tetszőleges kombinációja lehet a fókuszban. (Igen nagyszámú lehetőség közül lehet választani.) Valamennyi választás esetén különböző lehet az elérhető haszon, a szükséges költségek szintje és eltérő a minőségbiztosításhoz a szakemberek oldaláról szükséges munkaórák száma. A különböző programok igen különböző tudást és tapasztalatot igényelnek (igény a tréningre és gyakorlati képzésre) az időtáv is különböző, és a menedzsment eltérő támogatásra számíthat a szakemberek oldaláról.

A tapasztalatok szerint az adott intézményben a minőségbiztosítás helyzetét hosszú időre eldöntheti az első program sikere vagy kudarca, ami nagyban függ az első program(ok) kiválasztásától. Célszerű ezért az első minőségbiztosítási programot nagyon gondosan és tudatosan kiválasztani, ehhez kíván segítséget adni ez az írás.

2.1 Választás a problémák elkerülése és kontrollja alapján

A nagyszámban előforduló, költséges, magas rizikójú területek azok, ahol hasznos és jól mérhető eredményeket várhatunk, illetve elkerülhetjük a súlyosabb problémákat A első lépés megtételénél

segíthet az 1. táblázat. A vizsgált területeket rangsoroljuk a problémák (nem várt események, súlyosság, költségesség, hibák) bekövetkezési valószínűsége, gyakorisága, súlyossága, és a probléma súlyosbodásának üteme beavatkozás nélkül - alapján. A legnagyobb pontszámot kapott témakör minőségbiztosítási programját célszerű először elindítani. Az elsők között kidolgozandó minőségbiztosítási területek kiválasztása.

A nagyszámban előforduló, költséges, magas rizikójú területek azok, ahol hasznos és jól mérhető eredményeket várhatunk, illetve elkerülhetjük a súlyosabb problémákat. A első lépés megtételénél segíthet az 1. táblázat. A vizsgált területeket rangsoroljuk a problémák (nem várt események, súlyosság, költségesség, hibák) bekövetkezési valószínűsége, gyakorisága, súlyossága, és a probléma súlyosbodásának üteme beavatkozás nélkül - alapján. A legnagyobb pontszámot kapott témakör minőségbiztosítási programját célszerű először elindítani. Az elsők között kidolgozandó minőségbiztosítási területek kiválasztása

Főbb szempontok	Pontszám 1	Pontszám 2	Pontszám 3
Valószínűség	...	...	..
Gyakoriság	...	...	...
Súlyosság	...	...	...
A probléma súlyosbodásának gyakorisága beavatkozás nélkül	...	...	...

1. táblázat

Nem tekinthető véletlennek, hogy a minőségbiztosítás kialakulásának színhelyén, az Egyesült Államokban, azokban a szakmákban indítottak először programokat, amelyek a legjobban érintettek voltak a különböző (műhiba) perekben, ilyenek:

- a szülészet,
- az anaesthesiologia, és általában,
- a sebészet, illetve műtéttel járó beavatkozások.

Napjainkban ilyen “érzékeny” terület például az infekciókontroll (sebfertőzés, lélegeztetéssel összefüggő pneumónia, centrális intravaszkuláris katéter használatával összefüggő véráram-fertőzés) a decubitus prevenciója, terápiás hibák (gyógyszer, transzfúzió) elkerülése, orvos-beteg kommunikáció. A vezetőknek emellett az első program(ok) kiválasztása során célszerű feltenniük azt a kérdést is, hogy mi történik akkor, ha az egyes területeken az eredmény nem jelentkezik, mely területek tartanak számat a társadalom legnagyobb érdeklődésére, és ha hiba történik, “hogyan mutatna az a hiba az újságban”?

2.2. Benchmarking

A benchmarking [\[1\]](#) módszere az elmúlt években igen népszerűvé vált, jól használható a legjobb praxis elérése érdekében (1. ábra – Benchmarking adatlap I.). Az ábrán látható a “klinikai érték iránytű” amely a legjobb eredmények azonosításához és definiálásához jó kiinduló pontot kínál (Mohr, Mahoney, Nelson és mtsai., 1996). A legjobb eredmény lehet a funkcionális egészségi állapottal, az elégedettséggel, a teljes költséggel és a klinikai eredménnyel (outcome) kapcsolatos, amelyek azonosítása történhet meg a benchmarking adatlapokkal (2. ábra – Benchmarking adatlap II.).

Benchmarking adatlap I.

Cél: A legjobb praxis jellemzőinek magállapítása

1. Az érési lehetőségek azonosítása



2. A legjobb praxis tulajdonságainak megállapításához szükséges források

Melyik a legjobb használható adat?

– belső?

Célszerű a betegellátás kulcsfolyamatainak statisztikai vizsgálatára és grafikus megjelenítésére koncentrálni.

– külső?

Különböző adatbázisok.

Kik azok a legjobb szakemberek, akiket célszerű megkérdezni?

– házon belül?

Célszerű a multidiszciplináris csoportok létrehozása.

– házon kívül?

A legjobb szakemberek azonosítása a jövőbeni konzultáció céljából.

Melyek a legjobb szakirodalmak, amelyeket meg kell találni?

A szakirodalom kereséséhez célszerű MEDLINE és más elektronikus adatbázisok használata

1. ábra

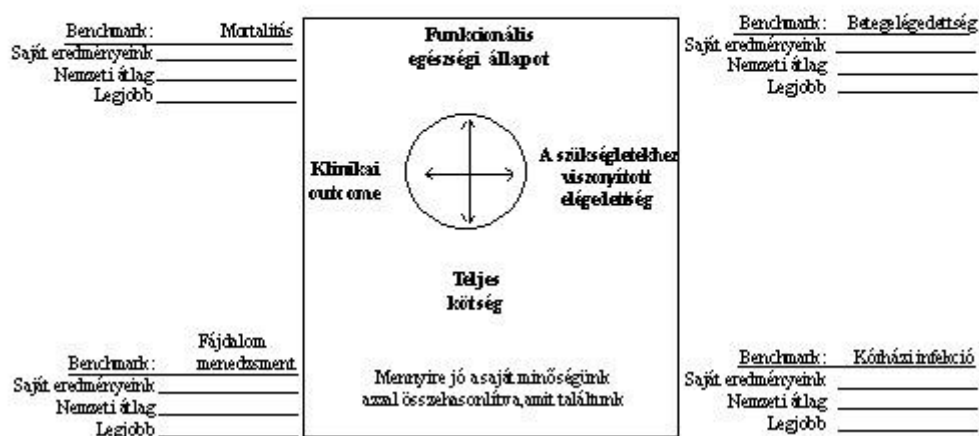
Benchmarking adatlap II.

3. Az adatgyűjtés módja

Ki gyűjti össze az adatokat? Ki analizálja az adatokat? Ki tekinti át a szakirodalmat?

Feladat	Személy	Határidő
Folyóiratleltetés		
Adatfeldolgozás		

4. Asaját gyakorlatunk összehasonlítása a legjobb praxissal



2. ábra

3. A minőségbiztosítási tevékenység felépítése

A tevékenység négy fázisból áll: a) elemzés; b) tervezés; c) irányelvek, indikátorok, standardok létrehozása, adaptálása; és a d) minőség folyamatos fenntartása. A minőségbiztosítás elkezdése előtt mind a négy fázist részletesen meg kell terveznünk.

3.1. I. fázis – Elemzés: A program kiterjedése és a vevők definiálása

Az értékelés és a tervezés fázisában kérdések egész sorát célszerű feltenni: mi a célja az intézmény létezésének, mi az elsődleges funkciója; ki az, aki a szolgáltatást nyújtja, ki a szolgáltatás elsődleges címzettje, hogyan haladnak az információk formálisan és informálisan az adott szervezetben, milyen az emberek közötti munkakapcsolat; mi a vezetés és a munkatársak véleménye arról, hogy mi a fő probléma, miért gondolják, hogy ez egyáltalán probléma, hogyan zajlanak a problematikusnak ítélt folyamatok jelenleg (a formális és informális utak jelentősen eltérhetnek, ez jó alkalmat ad az eszmecsere), miért gondolják, hogy a kívánt körülmények kedvezőbbek, amennyiben az a vélemény, hogy elérték céljukat, hogyan bizonyosodnak meg erről?

Az elemzés fázisának legfontosabb teendői közé tartozik:

- az aktuális helyzet leírása, problémák és eredmények elemzése és ezek okainak megkeresése annak érdekében, hogy megállapítható legyen: a betegek milyen körére és milyen megbetegedésekre terjedjen ki először a figyelmünk?
- a vevők meghatározása, igényeinek pontos leírása.

3.1.1. A betegek milyen körére és milyen megbetegedésekre terjedjen ki először a figyelmünk?

Olyan betegségeket érdemes először a vizsgálatba és a minőségbiztosítási programokba bevonunk, amelyek:

- igen gyakran előfordulnak,
- a betegeknek jelentős panaszokat, fájdalmat, az életvitelben jelentős nehézséget okoznak,
- az időben történő észlelés a diagnózis megfelelő felállítása és a megfelelő kezelés visszaállítja a betegség előtti állapotot, legalábbis szembetűnő, nyilvánvalóan jelentős javulást eredményez,
- jól körülhatárolható kórképpel rendelkeznek, diagnosztizálásuk nem jár nagy nehézségekkel, még az anamnézis esetlegesen hézagos ismerete mellett sem,
- a diagnózis felállításának a technikai feltétele a napi gyakorlatban általánosan adott, a diagnózis felállításának stratégiája jól leírt,
- kialakulása, lehetőleg még az esetleges nem egészségügyi faktorok is ismertek, de legalább is valószínűsíthetők,
- gyógyítása nem követeli meg a betegek fokozottabb együttműködését, mint az az adott populációban illetve területen szokásos,
- megfelelő prevenciója illetve minél korábbi észlelése alapvető hatással lehet a betegség menetének alakulására,
- magas egészségügyi vagy szociális költségekkel járnak, azaz vagy a gyógykezelés kerül nagyon sokba, vagy a munkából való kiesés hosszú, esetleg mind a kettő.

Ezeket a kritériumokat tetszőleges csoportosításban is felhasználhatjuk, azonban minél több feltétel teljesül, annál könnyebb lehet az első lépések megtétele. A Pareto-elvből⁽²⁾ következően viszonylag kis számú megbetegedés okozza a panaszok túlnyomó többségét a betegeknek, és vezet a halálokok meghatározóan nagy százalékához, illetve okozza a problémák és költségek oroszlánrészét. A Pareto szabályban foglaltak fontosságát mutatja az is, hogy a benne foglaltak teszik lehetővé a betegség-menedzsment (disease menedzsment) kialakítását is. (Kesteloot, 1999) A betegség menedzsmenttől a betegek outcome-jának fejlődését és a költségek csökkenését várjuk, amelyet az ellátás jobb koordinációjával, tudományos tényeken/bizonyítékokon alapuló irányelvek használatával, a felesleges párhuzamosságok elhagyásával, kizárólag a hatékony beavatkozások használatával és a kontroll vizitek jobb időzítésével érhetünk el. (Marwick, 1995)

3.1.2. A vevők definiálása

A minőségbiztosítási program kialakításának fontos része a vevők definiálása, igényeik megismerése. Az egészségügy szolgáltatásainak fogyasztóit két csoportra, külső és belső vevőkre oszthatjuk. Általában elmondható, hogy a minőségbiztosítási program kiterjedésén belül beszélünk “belső vevőkről” és azon kívül találhatók a “külső vevők”. Ha például, a minőségbiztosítás egy kórházra vonatkozik, ebben az esetben a háziorvosok “külső vevők”. Ha azonban egy megye egészségügyi ellátásának fejlesztésére alakítunk ki minőségbiztosítási programot, akkor ebben a keretben a megyébendolgozó háziorvosok “belső vevőkké” válnak.

A leggyakrabban látható kép talán a következő:

Külső vevők: lakosság, betegek és hozzátartozók és az egészségesek (prevenció, szűrés); társadalombiztosítás; egészségügyi kormányzat (tulajdonos, finanszírozó, szabályozó, politikai kérdések); önkormányzatok (tulajdonosok ellátási felelősséggel); munkaadók (önállóan is vásárolhatnak szolgáltatást közvetlenül a szolgáltatóktól); háziorvosok; ÁNTSZ, média; egyéb szervezetek.

Belső vevők: minden egyes kórházi osztály a “vevője” és szolgáltatást kínál az összes többi osztálynak, meghatározott irányelvek, kritériumok és standardok (és árak) mellett. Csak így szüntethető meg a laboratórium és a rtg. felesleges használata és alárendelt helyzete, az informatika lemaradása. A gazdaságosság és a minőség javítása csak erős belső vevők közös érdekeken alapuló együttműködésével képzelhető el.

3.2. II. fázis – Tervezés: Milyen célokat akarunk elérni és hogyan?

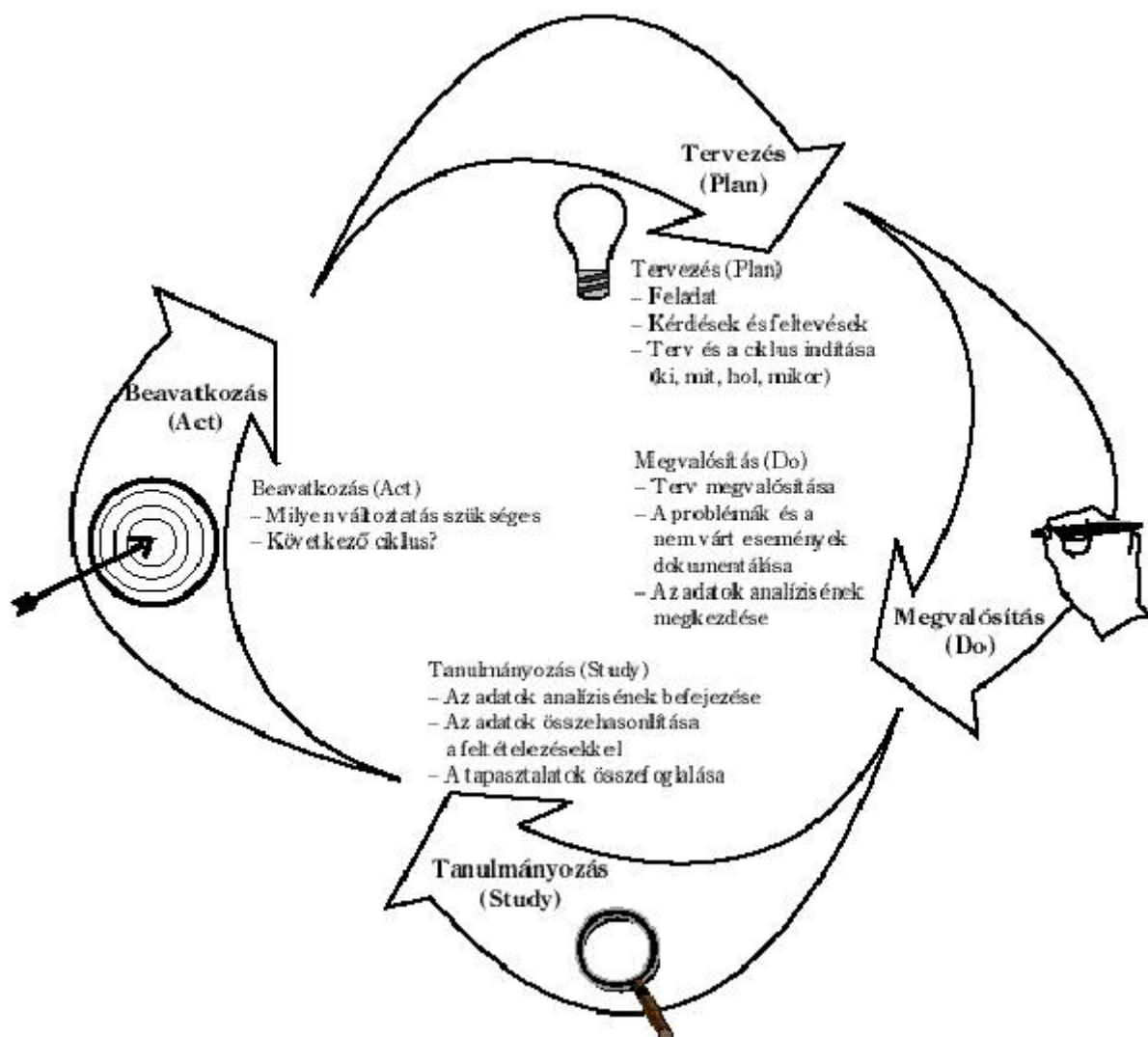
A 3.1.1. fejezetben részletesen ismertetésre került az, hogy hogyan jelölhetők ki a célok és hogyan érhetjük el ezeket. Goldmann (1997) – többek között hazánkban szerzett – tapasztalatai alapján egészítsük ki ezt, néhány igen hasznos észrevétellel:

- a minőségbiztosítási törekvések hosszabb távon valószínűleg sikertelenek lesznek akkor, ha az

intézményben nem találhatók olyan szakemberek, akik rendelkeznek az adatok összegyűjtéséhez, analizálásához, interpretálásához és prezentálásához szükséges alapvető tudással. Ez a veszély főleg az alacsony és közepes jövedelmű országokban áll fenn, ahol az a tendencia, hogy Észak-Amerikai szakértők segítenek a minőség fejlesztésében olyan intézményekben, ahol az a tudás, infrastruktúra és tréning nem áll rendelkezésre, ami a minőségfejlesztési törekvéseket ellátná jó minőségű adatokkal, – tudatában kell lennünk annak, hogy vannak olyan részei az egészségügynek, amit nincs értelme fenntartani, hanem meg kell szüntetni, az ezeken a területeken folytatott minőségbiztosítási tevékenység a problémákat csak fokozza,

– nagyon fontos, hogy a fejlesztési ciklus (3. ábra) nagyon gyors legyen, az eredményeknek beépülése a szervezet működésébe azonnal megtörténjen. Az “ideális” nagy kiterjedésű programok hosszú hetekig vagy hónapokig tartó tervezése rengeteg idejét köti le a szakembereknek, ami rombolja érdeklődésüket és csökkenti toleranciájukat. A kicsi és gyors fejlesztési ciklusok, a szinte azonnali eredmény emeli a szakemberek kreativitását és kockázat vállaló hajlandóságát. Megvan persze a gyors, rövid ciklusoknak a veszélye is. Amennyiben a hosszú távú stratégiai célok nem ismertek vagy nem világosak, a folyamat konfúzzussá és kaotikussá válhat, és a minőség fejlesztése ilyen körülmények között illúzió.

– A minőségbiztosítás (CQI, TQM és más) képviselői egészen mostanáig túlhangsúlyozták az ipari eredet fontosságát. Célszerű hangsúlyozni, hogy az orvosok és ápolók tradicionálisan a vezetői voltak a minőség fejlesztésért folytatott harcban az egészségügyben. (Simmelweis, Codman, Nightingale és sokan mások.) A minőség fejlesztésének programjai túlságosan is sok energiát fektetnek abba, hogy az orvosokat megtanítsák a minőségfejlesztés terminológiájára és módszereire, és az orvosokat ennek érdekében arra “kényszerítik”, hogy hosszú megbeszéléseken üldögéljenek, amit az orvosok nem igen szeretnek, és amire szükség sincsen (Goldmann, 1997).



3. ábra

3.3. III. fázis - Klinikai kritériumok és irányelvek létrehozása

A tudományos alapú kritériumok és praxis irányelvek képzése (lásd 4. és 5. pont).

3.4. IV. fázis - A minőség folyamatos fenntartása

A kérdés az, hogyan fogjuk elért pozícióinkat megtartani? A minőségbiztosítási tevékenység megköveteli a folyamatos fejlesztést, hiszen a "ma jó minősége, a holnap rossz minősége". Ennek érdekében folyamatosan fenn kell tartani a PDSA-ciklust (Deming kört).

4. Kritériumok

Az orvosi és nővéri munka egyes területein természetesen igen eltérő módszerekkel találkozhatunk, de az irányelvek, standardok létrehozására irányuló tevékenységeknek minden esetben fontos részei a következők: a kritériumok kialakítása; az adatgyűjtés, a minta elemszám meghatározása, és a feed-back megtervezése, a szükséges változtatások elindítása.

4.1. Kritériumok kialakítása

Ahhoz, hogy az orvosi és ápolási szakmai munka minősége tervezhető és folyamatosan fejleszthető legyen, először is a jó színvonalú betegellátás kritériumait⁽³⁾ kell meghatároznunk. A minőségbiztosítás terminológiája szerint jó minőségű az az ellátás, amely a kritériumoknak megfelelő. A kritérium nem más, mint a jó betegellátás menetének pontos leírása, adott egyedi szituációt figyelembe véve.

Kialakításához többféle lehetőség is rendelkezésre áll:

- megtehetjük azt, hogy a szakmai kollégiumok terápiás, ápolási irányelveit fordítjuk le és alkalmazzuk az adott egyedi helyzetben,
- a szakmai folyóiratokban közölt tudományos eredmények alapján is kialakíthatók kritériumok, de ezek a cikkek viszonylag ritkán tartalmazzak a gyakorlatban közvetlenül felhasználható információkat,
- sokszor a hallgatóknak írt könyvek, az elméleti szempontokat jórészt mellőző, egyszerűsített összefoglalások a legjobb forrásai a kritériumok kialakításának,
- amennyiben az irodalom nem kínál megoldást, a kritériumok kialakításának a legcélszerűbb módja a saját kórházi, klinikai tapasztalat felhasználása, összehasonlítva más hasonló intézmények hasonló kritériumokkal szerzett tapasztalataival. Ez az eset fordul elő a leggyakrabban. Ahhoz viszont, hogy tanulni tudjunk a saját és a más tapasztalataiból, a kritériumoknak rögzítettnek és másokéival összehasonlíthatónak kell lenniük.

4.1.1. Milyen kritériumok tekinthetők jó kritériumoknak?

A kritériumkészítés öt formai és tartalmi alapelemét célszerű megkülönböztetni. A jó kritérium:

- releváns: a kritérium és a vizsgált terület között közvetlen kapcsolat van,
- érthető: minden munkatárs számára a saját munkájához szükséges információkat tartalmazza, és csak egyféleképpen érthető,
- mérhető: a kritérium a rendelkezésre álló eszközökkel közvetlenül, alapadatként pontosan mérhető, jól leírható elemekből kell hogy álljon,
- illeszkedő: a jó kritérium illeszkedik az adott szervezet működési gyakorlatához, a realitásokhoz,
- elérhető: tükröznie kell az aktuális szervezeti működési lehetőségeket.

Ezeket felül a kritériumnak meg kell felelnie a szakmai követelményeknek. Például lehetséges kritérium lehet az, hogy cholecystectomy elvégzése céljából műtéti kiírásra csak az a beteg kerüljön, akinek a panaszai alapján valószínűsíthető, hogy epeköve van. Az elvégzett műtétek után, a százalékos arányok ismeretében eldönthető a műtetre kerülés indikációjának és a vizsgálatoknak a minősége. Sok esetben a kritériumokat úgy fogalmazzák meg, hogy azt alapul véve, minden esetben az elképzelhető maximális teljesítmény legyen elérhető. Helyesebb, ha a cél egy jó, de még folyamatosan elérhető és teljesíthető, az adott viszonyok között optimálisnak tekinthető tevékenység elérése. Az ennél több, az eleve teljesíthetetlen nyomasztóan hat a munkatársakra, ennél kevesebb pedig nem motivál. Tájékoztatás céljából a maximális elérhető célokat és az elérendő minimumot is célszerű megadni.

4.1.2. A kritériumok szerkezete és kialakítása

A kritériumokat igen sokféle formában meg lehet adni, a legelterjedtebben használatos azonban az egyes lépéseknek a struktúra, folyamat és outcome kategóriákba sorolása (Donabedian, 1982). A legcélszerűbb, ha az egyes intézményekben nem nagylétszámú, szakemberekből álló ad hoc bizottságok dolgozzák ki az alapelveket és öntik formába a kritériumokat, amit ezután a szakértők szélesebb köre elé terjesztenek.

4.1.3. Adatok

Amennyiben a kritériumok kialakítása megtörtént, a következő lépés annak a megállapítása, hogy a napi gyakorlat mennyiben felel meg a kritériumoknak. Ennek érdekében információkhoz kell jutnunk.

Az adatrögzítés folyamatának négy fontos lépését különítjük el:

- megfelelő adatgyűjtési stratégia,
- az adatforrás kiválasztása,
- az elemszám meghatározása,
- adatgyűjtés.

4.1.3.1. Megfelelő adatgyűjtési stratégia kiválasztása

A fenti szempontok nagyon szorosan összefüggenek. A vizsgálandó terület megfelelő kiválasztásával olyan mennyiségű és minőségű adathoz juthatunk, amely a ténylegesen szükséges információkat szolgáltatja - nem többet és nem kevesebbet-, mégpedig a kellő időben a kellő helyen. Az adatgyűjtésnél igen nagy a kísértés, hogy a feltétlenül szükséges adatnál többet gyűjtsünk; úgyis benne vagyunk, majd jó lesz egyszer valamire. Elterjedt az a vélemény is, hogy előbb legyen "minden gépen" és aztán lehet csak foglalkozni a minőségbiztosítással. A ténylegesen megbízható adatok gyűjtése tárolása, naprakészességük folyamatos megőrzése az adat- és személyiségvédelem biztosítása nagymennyiségű, adat esetén nagyon költséges, illetve lehetetlen. A sokféle, nagymennyiségű, és a megbízhatóság tekintetében igen széles skálán mozgó adatok között bonyolult és statisztikailag nehezen kezelhető kölcsönhatások is fennállhatnak. Ne feledjük, nem az adatok gyűjtése a célunk, hanem ezek segítségével munkánk minőségének javítását szeretnénk elérni. Amennyiben van világos koncepciónk

arról, hogy mit és hogyan akarunk csinálni, a teljes körű adatrögzítésre irányuló törekvés feleslegesen növeli a költségeket.

A prospektív és a retrospektív adatgyűjtés és analízis egyaránt használható annak érdekében, hogy az eredmény (outcome) adatok segítségével elemezzük az ellátás minőségét. Az ellátás minőségének prospektív, azaz menet közben történő monitorozása azt a célt szolgálja, hogy a lehető leghamarabb észlelhetők legyenek a bármilyen okból bekövetkező nemkívánatos jelenségek, és időben be lehessen avatkozni a megfelelő eredmény (outcome) és így a megfelelő minőség érdekében.

Az ellátás minőségének retrospektív követése két okból is szükséges:

a) az egyes ellátó intézményeken belül, ezek a vizsgálatok közelebb visznek ahhoz, hogy felismerjünk azokat az outcome-ot érintő főbb problémákat, amelyeket a nem megfelelő, vagy a nem megfelelően és megfelelő időben alkalmazott ellátás okozott. Egyben különbséget is tehetünk a problémákat előidéző okok között is. Hiszen az eredmény (outcome) romlását műszerhibák, műszerezettség vagy szervezési elégtelenségek, megfelelő módszerek nem megfelelő indikációk alapján történt alkalmazása egyaránt okozhatta,

b) ezen adatok segítségével intézményi, regionális vagy országos szinten össze lehet hasonlítani az ellátó hálózat működését.

Nagy hátránya azonban a retrospektív adatgyűjtésnek, hogy igen sokszor nem teljesül a retrospektív felméréseknek az az alapfeltételezése, hogy a szükséges információ a tárolt adatokban rendelkezésre áll. Így helyénvaló a nagyfokú óvatosság. Retrospektív vizsgálatok esetén célszerű csak a megelőző egy-két, maximum hat hónap adataival dolgozni.

4.1.3.2. Megfelelő adatforrások kijelölése

Alapvetően három adatforrás között választhatunk.

– Dokumentumok: A kórlapok, ápolási feljegyzések, ügyeleti naplók jól használhatóak. Ide tartoznak a laboratóriumi, röntgen és más adatok.

– Megfigyelések: Amennyiben a keresett adatok nem, vagy nem kielégítő mélységben állnak rendelkezésre, a megfigyelés a célravezető módszer. Példaként említhető a betegek vizsgálati időbeosztása, osztályok, szakvizsgálatok közötti útja, az információáramlás stb.

– Interjúk: A szóbeli, vagy írott interjú segítségével vizsgálható a betegeknek a minőségről alkotott véleménye, a személyzet munkával való elégedettsége.

4.1.3.3. Az elemszám meghatározása és adatgyűjtés

Az elemszám meghatározása során a teljes körű adatfelvételtől több okból is le kell mondanunk. A főbb okok a következők:

– sok esetben a vizsgálni kívánt esemény nagyon ritka, teljes felvétel esetén is kezelhetetlenül kevés adatunk lenne,

– költséges,

– a teljes körű adatgyűjtés egyre inkább jogi akadályokba ütközik,

– sok időt vesz igénybe,

– maga a probléma is körülhatárolt, szakmailag, földrajzilag,

– teljes körű adatgyűjtés miatt elkerülhetetlenül sok a hiányzó adat vagy részadat.

Az elemszám meghatározása során két alapvető hiba követhető el: a) az elemszám túl kicsi; vagy b) az elemszám túl nagy.

a) Az elemszám túl kicsi

Nézzünk egy példát. Tegyük fel, hogy egy adott sebészeti osztályon a megengedhető sebfertőzési arány nem lehet több az esetek 2%-ánál azok között, akik aszeptikus műtőben kerültek kezelésre. Az első héten 20 esetből 1 esetben tapasztaltak mikrobiológiailag bizonyított sebfertőzést, ami 5%-nak felel meg. Ez az 5%-os arány több, mint a kétszerese a megengedettnek, a sebészeti ellátás minősége rossz, egy jól működő kórházi akkreditációs rendszerben a kórházi osztály súlyos következményeknek néz elébe.

Az előbbi állítás azonban teljes mértékben hamis. Nézzük, mi a hiba. Ha elővesszük a 95%-os szignifikancia értékek meghatározásához használatos táblázatot, láthatjuk, hogy 20 (n=20) elemű mintához, 95%-os szignifikancia értékek mellett, ha egy fertőzés történt (x=1), akkor egy 0,1 és 24,9 közé eső intervallumot találunk. Az általunk megadott érték (2%) ebbe a sávba kényelmesen belefér. Semmi bizonyítékunk arra és semmi okunk kételkedni abban, hogy a kórházi osztályon a sebfertőzés az előírt 2%-os határon kívül esik. Legalább három esetben kellene sebfertőzésnek előfordulnia ahhoz, hogy kijelenthessük azt, hogy a fertőzések száma felül van a 2%-on. Ekkor a sáv 3,2 és 37,9 között van, amiben a 3%-nak már nincs helye.

A klinikum különböző területein, az adott céltól függően, eltérő lehet a minimálisan szükséges esetszám.

Példaként megemlíthető, hogy Parkinson, Shoreditch-i praxisában, Londonban hat eset alapján írta le a betegséget (Parkinson, 1817), Argil betegségeirása⁽⁴⁾ egy eset leírásán alapult (Argyll, 1869), illetve az AIDS

első tudományos igényű, amerikai epidemiológusoktól származó identifikálása, amelyet három Los Angelesi kórházban, hat hónap alatt *Pneumocystis carinii* fertőzésben megbetegedett, öt előzetesen egészséges fiatal homoszexuális férfi adatainak elemzése alapján írtak le. Ezekben az esetekben az első esetleírás hipotézisnek volt tekinthető, amelynek a korrektségét azután lényegesen nagyobb esetszám segítségével bizonyították.

b) Az elemszám túl nagy

Az előzőekből következően a megoldás a minta elemszámának növelése, minél több megfigyelésünk van, annál biztosabban állíthatunk valamit. Ez elméletileg így is van. A gyakorlatban azonban a nagy adatbázisok általában retrospektív, nem-vak (unblinded), kockázattal nem korrigált (risk-adjusted) és nem kontrollált adatokat tartalmaznak, amelyek többféle adatgyűjtési definíció alkalmazásával kerültek összegyűjtésre és többszörös végpontokra (multiple-endpoints) vonatkoznak. Legtöbbször nehéz megállapítani azt, hogy az adatok mely folyamatokra vonatkoznak, illetve melyek eredményeképpen jöttek létre, hiszen az erre vonatkozó információk általában hiányoznak. A nagy adatbázisok külső és belső validitása általában ismeretlen illetve nem megfelelő. Ezek a körülmények jelentős problémák forrásai lehetnek a feldolgozás során, amelyek utólagos kiküszöbölése nagyon nehéz, illetve többnyire lehetetlen. (Temple, 1990; Flood, 1990; DesHarnis, 1990; Gulácsi, 1999) A megfelelő adatbázis létrehozása során – amellet, hogy sok pénz kell hozzá – a következő feltételeknek kell teljesülniük:

– az adatgyűjtés alatt minden feltételnek teljes mértékben változatlanul kellene lennie, a vizsgált populációnak, orvosi technikának, gyógyszereknek, diagnózis szerkezetnek és így tovább. Mivel ez az esetek túlnyomó többségében nem teljesül, ezért a hosszú ideig tartó megfigyelések esetén szembe kell néznünk azzal a lehetőséggel, hogy a felmérés egyes szakaszaiban esetleg nem is ugyanazoknak a tényezőknek a hatásait, nem is ugyanazt a dolgot vizsgáljuk,

– abban az esetben, ha a vizsgálat hosszú ideig tart, elfedheti a rövid ideig tartó esetleg periodikus, szezonális ingadozásokat. Elképzelhető ugyanis, hogy a teljesítmény éves szinten jó minőségű, van azonban egy nap vagy egy hét vagy hónap, amikor a minőség nem elfogadható. A továbblépéshez ezen időtartam behatárolása lenne feltétlenül szükséges.

4.2. A minőség és az esetszám kapcsolata

Az eddigi vizsgálatok eredményei szerint a szolgáltató által végzett ellátás mennyisége és minősége között kapcsolat áll fenn. Vannak olyan területek, ahol a nagyobb mennyiségű szolgáltatás kimutathatóan jobb minőséggel párosul. A szakirodalom sok tanulmányt közöl a volumen és az eredmény (outcome) közötti kapcsolatról.

A legkiterjedtebben elemzett területek a következők: abdominális aorta aneurizma operáció, akut szívizom infarktus kezelése, appendectomia, epevezeték műtét, szívkatéterezés, koronária bypass műtét, combcsont törés, sérv műtét, hysterectomia, gasztrointesztinális műtétek, beteg újszülöttek kezelése, prosztataműtét, gyomorműtét, csípőprotézis és az érsebészet. A felmérések a minőséget négy mutató (outcomes) segítségével vizsgálják: halálozás a kórházban, mortalitás meghatározott időtartamon belül, egészségi állapot mutatók (measures) és komplikációk, valamint a tartós kórházi ápolások, mint a komplikációk jelző (proxy) értékű paraméterei. Az eredmények azt mutatták, hogy a nagyobb mennyiség jobb minőséget eredményez (Banta, és Bos, 1991; Banta, Engel és Scherstén, 1992). A legtöbb tanulmány a kórházi esetszámot vizsgálja, emellett azonban az egy orvosra jutó esetszám is kimutatható kapcsolatban áll a minőséggel. Az egyik első ilyen jellegű felmérés az egy sebészre eső esetszám hatását vizsgálta New York Államban, ahol a CABG műtétet végző kórházak számát a felmérés eredménye alapján 27-re korlátozta az egészségügyi tervezés (Hannan, O'Donnell, Kilburn és mtsai., 1989). A korlátozás következtében a kórházankénti CABG műtétek száma 25%-al nőtt és átlagosan elérte az 500 beavatkozást évente.

Az Egyesült Államokban például több felmérés tapasztalatai is arra utalnak, hogy a nagyobb, városi oktató kórházakban általában jobb a minőség, mint a kisebb, vidéki nem oktató kórházakban (Keeler, Rubenstein, Kahn és mtsai., 1992). [Az Egyesült Államokban a 400-500 ágyas kórházak már nagy kórháznak számítanak.] Az optimális ellátórendszer tervezésnek (Optimal Facilities Planning, OFP) nevezett módszer segítségével határozható meg az, hogy a meglévő vagy új ellátást végző egységből hány szükséges, milyen kapacitással rendelkezzenek és hol helyezkedjenek el ahhoz, hogy a haszon (kimenet, eredmény) a maximális legyen (Feeny, Guyatt, Tugwell, 1986).

Egyes országok, mint például Hollandia, Franciaország, Egyesült Királyság és Svédország természetes módon centralizálnak bizonyos eljárásokat, számos európai országban nem ez a helyzet (Banta és Gulácsi, 1997).

A hazai kórházakban a hazai felmérések szerint, nagyon sok fajta beavatkozás (műtét, terápia) elvégzésére kerül sor, az egy kórházra, osztályra, orvosra jutó esetszám azonban sokszor igen alacsony. (Gulácsi, Kovács, Demény és mtsai., 1996; Gulácsi, Tatár Kiss, Kovács, 1996/1-2) Ez egyrészt problematikus, hiszen az egy osztály, egy team és egy sebész által műtött, egy adott műtéti csoportba tartozó esetek száma és a műtéti mortalitás valamint a műtéti kimenet (outcome) kapcsolata sok területen bizonyítottan összefügg. Másrészt, az igen sok kis esetszámban előforduló műtét jelentős nehézségeket okoz a kórházi protokollok területén is. Nagyszámú

protokoll előállítására igen időigényes (és drága), kis esetszámok esetén a protokollok megfelelőségének, hatékonyságának bizonyítása pedig részben igen költséges, részben a kis esetszámok miatt lehetetlen. Annak a dokumentálása, hogy a gyakorlat a protokollok szerint történik, illetve a protokollok karbantartása nagy mennyiségű, kis esetszámú műtétek esetén szintén nagyon költséges, sok esetben pedig nem is lehetséges. A megoldás a fejlett országok gyakorlatának megfelelően a profilszűkítés és az egy műtéti csoportba tartozó esetszám növelése lehet.

Általános irányelvet igen nehéz megfogalmazni ezen a területen, de általában elmondható, hogy például az egy szolgáltatóra eső évenkénti műtéti esetszám általánosan elfogadott minimuma 50 műtét/év (egy adott típusú műtét esetén, pl. emlőrák).

A kórházak esetszáma és a költségek is kapcsolatban állnak egymással. Egyes felmérések azt mutatják, hogy a nagyobb esetszám esetén az egy szolgáltatásra eső költség alacsonyabb (economies of scale)^[5] Dranove (1998) Egyesült Államokban végzett felmérései, azt mutatják, hogy ez a hatás különösen a kis kórházakban lehet erős, míg az évente több mint 10 000 beteget kezelő intézmények esetén már kimutathatatlan.

5. Klinikai (praxis) irányelvek

Az elmúlt évtizedben a klinikai irányelvek egyre nagyobb mértékben részeivé váltak a klinikai gyakorlatnak. Az irányelvek fejlesztése terén élenjáró országok: az Egyesült Királyság, Hollandia, Finnország, Svédország, Franciaország, az Egyesült Államok, Kanada, Ausztrália és Új-Zéland. A klinikai irányelvek hatást gyakorolnak a betegség melletti orvosi döntésekre, a műtétek megtervezésére, lefolyására, valamint az egészségügygel kapcsolatos kormányzati és finanszírozási döntésekre (Woolf, Grol, Hutchinson és mtsai, 1999.).

Európai Egyeztetett Irányelv Program megfogalmazás szerint az irányelvek használatának a célja "A tudomány és a praxis közötti szakadék áthidalása: a klinikai praxis irányelvek segítségével hogyan változtatható meg a szolgáltató viselkedése" (Thorsen, és Makela, 1999) Az Egyesült Államokban található Institute of Medicine definíciója szerint a klinikai irányelvek: "szisztematikusan felépített állítások rendszere, amelyek a gyakorló szakembereknek és a betegeknek az egészségügyi ellátással kapcsolatos megfelelő döntéseit segítik elő az orvostudomány adott területén"(Field és Lohr, 1990).

Az irányelvet el kell választani más szomszédos fogalmaktól, pl. standardtól. A standardok: "olyan állítások, amelyek: a) a folyamatok vagy az eredmények elfogadható minimumát; vagy b) folyamatok és eredmények kiváló szintjét, vagy c) a folyamatok és eredmények elfogadható sávját rögzítik (Grimshaw és Russel, 1993).

5.1. Az irányelvek iránti érdeklődés okai

Az irányelvek vonatkozhatnak a szűrővizsgálatokra, különböző gyógykezelésekre és műtétes beavatkozásokra, a kórházi kezelés hosszára és az orvostudomány más területeire.

A klinikai irányelvek létrehozásának igénye és az egyre növekvő érdeklődés oka:

- az egészségügyi ellátás egyre emelkedő költségei,
- az egészségügyi ellátás iránti egyre nagyobb igény,
- egyre drágább egészségügyi technológiák megjelenése,
- az idősödő lakosság,
- a jelentős variabilitás, amely az egyes földrajzi területek és kórházak között figyelhető meg, amely felveti a szolgáltatások alul-, vagy túl-használatának kérdését.

Az orvosok, egészségügyi döntéshozók valamint a finanszírozók az irányelveket olyan eszköznek tekintik, amely hozzájárul a konzisztensebb, hatékonyabb egészségügy kialakításához, amelynek a segítségével csökkenthető a szakadék aközött, amit az orvosok a napi gyakorlatban végeznek (effectiveness) és aközött, amit a tudományos tények/bizonyítékok mutatnak (efficacy).

5.2. Az irányelvek potenciális haszna

Az irányelvek használata következtében javulhat az egészségügyi ellátás minősége. Tudományos tények/bizonyítékok támasztják alá azt, hogy az irányelvek képesek az ellátás minőségének javítására (efficacy); az, hogy ez a hatás a napi praxis során is jelentkezik-e (effectiveness), kevésbé bizonyított (Grimshaw és Russel, 1993; EHC, 1993). Ez részben azért van, mert a betegek, orvosok, menedzserek és a finanszírozók másképp definiálják a minőséget, másrészt a jelenlegi tudásunk az irányelvek gyakorlati hasznáról (effectiveness) igen korlátozott. Az ugyanis, hogy jó irányelveket tudunk létrehozni, nem biztosítja azt, hogy azokat a gyakorlatban használni is fogják. (Feder, Eccles és Grol, 1999)

Cabana, Rand, Powe és mtsai. (1999) szerint a klinikai irányelveket az orvosok sokszor nem használják, amelynek a legfőbb okai a következők: az orvosok

- nem ismerik az irányelveket, nem tudnak azok létezéséről, a különbségek jelentősek, az USPSTF (United States Preventive Services Task Force) asthma irányelvét az orvosok 1%-a, míg a kanyaró irányelvet az orvosok 54,5%-a ismerte 1997-ben,

- tudnak az irányelvről, de nem ismerik azt, hogy mit tartalmaz,
- nem értenek egyet az irányelvben foglaltakkal,
- nem bíznak benne, hogy az irányelv használatával növelhető a hatékonyság,
- nem tartják fontosnak az adott területen elérhető eredményt, illetve nem értenek egyet azzal, hogy az adott területen az irányelv által megfogalmazott eredmény a legfontosabb,
- nem fogadják el az irányelvet, mert az ellentmond a korábban alkalmazott gyakorlatnak,
- sokan „külső” hatások miatt nem használják az irányelveket, amelyek a következők: nehéz az irányelv használata, megterhelő, konfúzus.

Az irányelvek használata haszonnal jár: a) a betegek; és b) az egészségügyi szakemberek számára egyaránt, amelyek a következők:

a) a betegek

Az irányelvek jobb minőségű ellátást biztosítanak a betegek számára. Mivel az irányelvek használatának eredményeképpen csökken az ellátás inkonzisztenciája, variabilitása, megnő az esélye annak, hogy ugyanaz a beteg ugyanabban a terápiában részesül, bármelyik kórházba is kerüljön felvételre.

Az irányelveknek a betegek számára készített verziója (consumer version), amely a betegek számára érthetően íródik, lehetőséget ad a betegnek a terápiás lehetőségekkel való megismerkedésre és a megfelelő döntésre, így a betegeknek az egészségüggyel és az orvosokkal való együttműködő képessége jelentősen javul. Az irányelvek hatással vannak a döntéshozásra és az egészségpolitikára, hiszen felhívják a figyelmet a problematikus területekre, az eddig az ellátásból kimaradt magas rizikójú csoportokra.

b) egészségügyi szakemberek

Az irányelvek javíthatják a klinikai döntések minőségét. Az irányelvek segítenek a szakembereknek a klinikai döntések meghozatalában bizonytalanság esetén és segítenek a véleményeken, hiedelmeken és a megszokáson alapuló orvoslás megváltoztatásában. A tudományos tényeken/bizonyítékon alapuló irányelvek pontosan leírják, hogy mely beavatkozások eredményeznek hasznot a betegek számára, és pontosan dokumentálják az ezt alátámasztó adatok minőségét. Figyelmeztetik a szakembereket azokra a beavatkozásokra, amelyeket nem támasztanak alá tudományos bizonyítékok, hangsúlyozzák a kritikus elemzések szükségességét és felhívják a klinikusok figyelmét a nem hatékony (ineffective), veszélyes és a hiábavaló beavatkozásokra.

5.3. Az irányelvek potenciális veszélye és kára

Az irányelvek használatának legnagyobb korlátja és veszélye az, hogy a javasolt irányelv esetleg rossz. Az emberi hibáktól (egyes információk túlértékelése) függetlenül három oka is lehet annak, hogy az irányelveket létrehozó csoportok hibás választ adnak arra a kérdésre, hogy mi is a legjobb a betegnek: a) hiányzó, elégtelen vagy félrevezető tudományos bizonyítékok; b) a szakmai összetétel és a tapasztalat torzító hatása; c) a betegek szükségletei.

a) hiányzó, elégtelen vagy félrevezető tudományos bizonyítékok

A javaslatok egy része esetén a tudományos tények/bizonyítékok gyakran nem állnak rendelkezésre, míg máskor félrevezetők, illetve félre értelmezik a tudományos tényeket. Az egészségügyben használatos orvosi és ápolási tevékenységek hatásosságáról, hatékonyságáról és megfelelőségéről csak az esetek kisebb részében állnak rendelkezésre tudományos bizonyítékok. Azokon a területeken, ahol tudományos vizsgálatok eredményei rendelkezésre állnak, ezeknek az eredményeknek a validitása, általánosíthatósága korlátozott lehet illetve az eredmény különböző hibákkal terhelt. Az irányelveket létrehozó csoportnak nem mindig van meg a lehetősége arra, hogy az adott területen hozzáférhető legkisebb tudományos bizonyítékot is összegyűjtse és valamennyit figyelembe vegye döntése során. Az irányelveket létrehozó csoport értékítéletei is jelentősen torzíthatnak.

b) a szakmai összetétel és a tapasztalat torzító hatása

Az irányelvekben megfogalmazott javaslatokat nagymértékben befolyásolhatja az irányelvet összeállító szakemberek klinikai tapasztalata és szakmai összetétele. Előfordulhat, hogy az a terápia amiben a csoport tagjai hisznek, esetleg nem hatékony vagy káros a betegek számára. Az egyéni tapasztalatok kivetítése egy nagy és ismeretlen összetételű betegcsoportra számos hiba lehetőségét hordozza.

c) a betegek szükségletei

A betegek tényleges szükségletei esetleg nem a legfontosabb prioritás az irányelvek létrehozása során. Az irányelvek fő célja lehet a költségek kontrollja, a társadalom és nem az egyén szükségleteinek való megfelelés illetve sajátos érdekeket is szolgálhat (orvosok, menedzserek, politikusok), emiatt nem felelnek meg a betegek szükségleteinek. A potenciális veszélyek a legnagyobb mértékben a betegeket érintik. Amennyiben az irányelvben foglalt javaslatok nem a tudományos tényeken/bizonyítékokon alapulnak, akkor az ellátás lehet az

egyébként lehetségesnél kevésbé hatékony, nem hatékony illetve káros. A tudományos bizonyítékok (például RCT vizsgálat)⁽⁶⁾ azonban nem elegendőek, hiszen az RCT vizsgálatba bevont populáció eltérhet (és az esetek nagy részében el is tér) a klinikus által kezelt betegpopulációtól, ebben az esetben az individuum, a beteg személyes szükséglete a terápiás döntések során elsikkad(hat). Ez a probléma a tudományos alapú egészségügy eredményeinek felhasználásával és az irányelvek ennek megfelelő használatával a probléma jórészt kiküszöbölhető. Problémák forrásai lehetnek a túlságosan tág javaslatok, a “biankó javaslatok” az opciók nagy száma túlzottan nagy teret biztosít az orvosok személyes tapasztalatán és meggyőződésén alapuló döntéseinek. Az irányelvek negatívan érinthetik a népegészségügyi és az egészségpolitikát, hiszen az irányelv javasolhat olyan szűrés, diagnosztika vagy beavatkozás elvégzését, amely nem (PSA szűrés) vagy gyenge (oszteoporózis szűrése és terápiája) tudományos bizonyítékokon alapul, illetve nem költség-hatékony (Schröder és Boyle 1993; Chodak, 1994; Chodak és Thisted, 1994; Krahm, Mahoney, Eckman és mtsai., 1994; The PSA test, 1995; Brown, 1995; Albertsen, Fryback, Storer és mtsai. 1995; Gulácsi, Kovács, Vass és mtsai. 1996)

A nem költség hatékony szolgáltatás biztosítása során rossz hatékonysággal használják fel a forrásokat és nem marad a megfelelő szolgáltatások finanszírozására. Ennek az ellenkezője is előfordul, amikor helytelen javaslatok hatására a finanszírozásból hatékony és költség-hatékony egészségügyi szolgáltatások is kikerülnek, illetve nem kerülnek finanszírozásra. A szakemberek számára is komoly gondot jelentenek a nem megfelelő és nemegyszer egymásnak is ellentmondó irányelvek használata. A klinikusok számára az is veszélyt jelenthet, hogy az audit és más külső és belső minőségfelmérés során a nem megfelelő irányelvek alapján történt felmérés a menedzsmentet helytelenül informálja a klinikus munkájának minőségéről.

5.4. Mely területen célszerű irányelveket létrehozni?

Irányelvek az egészségügyi ellátás számos területén képezhetők, az első lépésben éppen ezért rangsorolni kell, hogy mely területeken célszerű irányelvet létrehozni. Az irányelvek vonatkozhatnak:

- állapotokra (koronária betegségek),
- folyamatokra (például hysterectomia),
- eredményre (túlélés, fertőzés, stb.).

Figyelembe veendő tényezők:

- mortalitás és morbiditás (önmagában nézve ez a két tényező a prioritás felállítása során félrevezető is lehet, hiszen abból, hogy valamely betegség mortalitása, vagy morbiditása jelentős, nem következik az, hogy hatékonyan és költség-hatékonyan tenni is lehet ellene valamit),
- a napi gyakorlat megfelelősége ezen a területen (appropriateness), az alul- és túlhasználat (underuse, overuse) szintje az adott területen,
- a rendelkezésre álló tudományos bizonyítékok,
- plafon hatás (ceiling effect), amely azt jelenti, hogy esetleg az aktuális hatékonyság olyan közel van a maximálisan elérhető haszon szintjéhez (hatásosság) vagy a benchmarking segítségével kitűzött célhoz, hogy a csökkenő marginális haszon miatt esetleg egy egységnyi hatékonyság növekedés hosszú idő alatt és/vagy nagy költséggel érhető el.

5.5. A tudományos tények/bizonyítékok felhasználása az irányelvek képzése során

Az irányelvek képzése előtt össze kell gyűjteni az összes rendelkezésre álló releváns tudományos tényeket/bizonyítékokat, ehhez fel kell kutatni a tudományos tények/bizonyítékok forrásait, azonosítani kell a tudományos tények/bizonyítékok szintjeit, kategóriáit. (2. táblázat) Mivel az irányelvek alapjául szolgáló tudományos tények/bizonyítékok minősége különböző, az irányelvek javaslatainak “ereje” megbízhatósága is különböző lesz. Az A-D besorolást minden esetben célszerű feltüntetni a klinikai irányelveknél. (3. táblázat)

Minőségi kategória	Tudományos bizonyítékok
I.	Erős tudományos bizonyíték, amely legalább egy, tökéletesen kivitelezett, megfelelő méretű randomizált kontrollált vizsgálatból (RCT), vagy több kisebb RCT meta-analíziséből származik.
II-1.	Tudományos bizonyíték, amely jól megtervezett, nem randomizált kontrollált vizsgálatból származik.
II-2.	Tudományos bizonyíték, amely jól megtervezett kohorsz vagy esetkontroll (casecontrol) analízisből és lehetőleg több centrumtól vagy kutatócsoporttól származik.

II-3.	Tudományos bizonyíték, amely esettanulmányokból, illetve jelentős eredményre vezető nem kontrollált felmérésből származik.
III.	Vezető szakmai szervezetek klinikai tapasztalatokon alapuló véleménye, leíró tanulmányok vagy szakértői csoportok véleménye.
IV.	Nem megfelelő, metodikai problémákkal terhelt (esetszám, nem eléggé átfogó, follow-up) vagy egymásnak ellentmondó tudományos bizonyítékok

2. táblázat – A tudományos bizonyítékok minőségi kategóriái; rangsor
Forrás: Az 'US Preventive Services Task Force' (1989) ajánlása alapján.

Az irányelvek javaslatainak ereje - kategóriák	A kategóriák pontos leírása
A	Az irányelv javaslatai közvetlenül az I. kategóriájú tudományos tényeken/bizonyítékokon alapulnak
B	Az irányelv javaslatai közvetlenül a II. kategóriájú tudományos tényeken/bizonyítékokon, illetve az I. kategóriájú bizonyítékok extrapolációján alapulnak.
C	Az irányelv javaslatai közvetlenül a III. kategóriájú tudományos tényeken/bizonyítékokon, illetve az I. vagy II. kategóriájú bizonyítékok extrapolációján alapulnak.
D	Az irányelv javaslatai közvetlenül a IV. kategóriájú tudományos tényeken/bizonyítékokon, illetve az I., II. vagy III. kategóriájú bizonyítékok extrapolációján alapulnak.

3. táblázat – A klinikai irányelvek „ereje”
Forrás: Shekelle, Woolf, Eccles és mtsai. 1999.

5.6. Irányelvekkel szemben támasztott követelmények

Az irányelveknek eleget kell tenniük a következő követelményeknek:

- érvényesség (validitás): Az irányelvek validak, ha használatuk eredményeképpen az egészségi állapotban elérhető nyereség és a szükséges költségek az előre jelzett értéknek megfelelők. (Lohr, 1992)
- költség-hatékonyság: Az egészségügyi ellátás minőségének a javulása elfogadható költségekkel jár. Amennyiben az irányelv figyelmen kívül hagyja a költségeket és csak az egészségi állapotban bekövetkező haszonra koncentrál, az irányelv bevezetése esetleg igen jelentős költségekkel járna, amely nem arányos a betegek egészségi nyereségével,
- reprodukálhatóság: – Azonos tudományos tények/bizonyítékok felhasználásával egy másik irányelv fejlesztő csoport ugyanazokat javaslatokat tenné, azonos (vagy tartalmilag, lényegileg megegyező) irányelvet hozna létre,
- megbízhatóság: – Azonos klinikai körülmények között egy másik szakember ugyanúgy alkalmazná az irányelv javaslatait a gyakorlatban,
- reprezentativitás: – Az irányelv reprezentálja az adott terület valamennyi kulcs diszciplináját és érdekcsoportját, különös tekintettel a betegekre,
- klinikai alkalmazhatóság: – A „célpopuláció” a tudományos tényeknek/bizonyítékoknak megfelelően kerül definiálásra,
- flexibilitás: – Az irányelv identifikálja a kivételeket és figyelembe veszi a betegek preferenciáit,
- világos megfogalmazás: – Az irányelv precíz definíciókat használ felhasználóbarát formában,
- részletes és pontos dokumentáció: – Az irányelvfejlesztés folyamata részletesen dokumentált: a résztvevők, alkalmazott metodika, feltételezése és felhasznált tudományos tények/bizonyítékok,
- periodikus átvizsgálás: – Az irányelveket periodikusan át kell vizsgálni és szükség esetén módosítani,

– disszemináció⁽⁷⁾: – Az a folyamat amelynek eredményeképpen a potenciális felhasználó számára hozzáférhetővé válnak az irányelvek,
– implementáció⁽⁸⁾: – A felhasználók döntéseik során figyelembe veszik az irányelv ajánlásait. Az implementáció sokkal aktívabb folyamat, mint a disszemináció, figyelembe veszi a helyi felhasználó sajátos igényeit, és aktívan elősegíti a (diagnosztikus, terápiás) szokások megváltozását.
A klinikai irányelvek keresése igen problematikus, igen sok irányelv nem indexelt a szokásszerűen igénybe vett biomedikális adatbázisokban, a következő honlapokon azonban igen sok irányelv található.

5.6.1. Az irányelvek képzésére széles körben használatos módszer:

RAND/UCLA Megfelelőség Módszer

Kiválóan használható a klinikai irányelvek képzésére a gyakorlatban a RAND által létrehozott metodika, a RAND-UCLA “megfelelőség módszer” (RAND-UCLA appropriateness method, RAM). A RAM a tudományos bizonyítékok és a szakmai tapasztalatok alapján törekszik a megfelelő praxis leírására, miközben azonosítja a szükségesnél többször (oversuse) illetve kevesebbszer (undersuse) használatos beavatkozásokat az adott területen (Brook, Chassin és Fink, 1991; Kahan, Bernstein és Leape, 1994; Brook, 1994; Seematter-Bagnoud, Vader, Wietlisbach és mtsai, 1999).

5.7. Az irányelvek struktúrája

Az irányelvek struktúrájának egységesülési folyamata igen felgyorsult az elmúlt években. Terrence és mtsai (1999) szerint az irányelvek a következő standardokkal írhatók le:

1. Az irányelv célja pontosan meghatározott.
2. Az irányelv oka és fontossága ismertetésre kerül.
3. Az irányelv fejlesztésének folyamatában résztvevő szakemberek és a szakmai területük pontosan meghatározott.
4. A megcélzott egészségügyi probléma vagy technológia pontosan meghatározott.
5. A megcélzott betegpopuláció pontosan meghatározott.
6. Azoknak a köre, akik az irányelvről hallani fognak, illetve a felhasználók tervezett köre pontosan meghatározott.
7. A klinikusok és a betegek számára rendelkezésre álló legfőbb preventív, diagnosztikus vagy terápiás lehetőségek köre pontosan meghatározott.
8. Az eredmény pontosan meghatározott.
9. Az folyamat, ahogyan az irányelv külső szakmai ellenőrzése (external review) megtörtént, pontosan meghatározott.
10. Az irányelv lejárásának, vagy a tervezett felülvizsgálatnak az időpontja pontosan meghatározott.
11. A tudományos bizonyítékok azonosításának a módszere, időpontja pontosan meghatározott.
12. Az az időintervallum, amely esetén tudományos bizonyítékok azonosítása történt, pontosan meghatározott.
13. A felhasznált és idézett tudományos bizonyítékok és komplett referenciák listája mellékel.
14. Az adatok nyerésének a metodikája pontosan meghatározott.
15. A tudományos bizonyítékok rangsorolására és osztályozására használt metodika pontosan meghatározott.
16. Az a jól leírt metodika, amely segítségével a tudományos bizonyítékok és a szakértői vélemények összegzésre kerültek pontosan meghatározott.
17. A jellegzetes egészségügyi tevékenységek haszna és kára pontosan meghatározott.
18. A haszon és a kár számszerűsített.
19. A jellegzetes egészségügyi tevékenységek hatása a költségekre pontosan meghatározott.
20. A költség számszerűsített.
21. Az irányelvek készítői által a javaslatok készítése során használt értéktételek szerepe pontosan meghatározott.
22. A betegek preferenciáinak a szerepe pontosan meghatározott.
23. A javaslatok specifikusak és megfelelnek az irányelvek hangsúlyozott céljainak.
24. A javaslatok osztályozottak a tudományos bizonyítékok erejének megfelelően.
25. A javaslatok flexibilitása pontosan meghatározott.

Ezek a szempontok egyre inkább érvényesülnek a gyakorlatban is. Shaneyfelt, Mayo-Smith és Rothwangl (1999) (1999) a MEDLINE által 1985 és 1997 között publikált 279 klinikai irányelv kritikai elemzését végezték el, eredményeik szerint a legnagyobb fejlődésre az irányelvek céljának a meghatározása, valamint a rendelkezésre álló tudományos eredmények elemzése és szintézise terén van szükség.

6. Protokoll

A protokollok igen szigorúan, rigiden megfogalmazott irányelvek. (www.nzgg.org.nz) A protokollok olyan irányelvek, amelyeket teljes részletességükben követni kell és amelyek az egészségügy igen kis – de nagyon fontos – területein használatosak. Ilyen például az immunizáció, intenzív osztályos beavatkozások, azaz az ellátás olyan területei, ahol rendkívül gyorsan kell cselekedni, mérlegelésre nincs idő, és ahol az alaplépések igen jól kidolgozva állnak rendelkezésre. A protokollokat alkalmazzák magas rizikójú ellátások területén is, amelyeket “pathway” (ösvényút) irányelveknek is neveznek, például diabetikus ketoacidózis és akut pszichiátriai kórképek esetén. A protokollokra az irányelveknél elmondottak érvényesek. Sok szerző a protokollt gyakran a javaslattal, standarddal, kijelentéssel, praxis irányelvvel, praxis működési irányelvvel és a klinikai algoritmussal azonos értelemben használja. (Visser, 1999)

7. Indikátorok

Az indikátorok⁽⁹⁾ képzésével és használatával kapcsolatos kérdések felé az elmúlt tíz évben jelentős figyelem irányult, a kutatók, az egészségügyi szolgáltatók (egészségügyi szakemberek, vezetés) és a finanszírozók részéről egyaránt. (National Library of Healthcare Indicators, 1998; <http://www.jcaho.org>; Quality Indicator Project, (QIP) Maryland Hospital Association (MHA): www.ihl.org és www.qiproject.com; Institute of Healthcare Improvement: <http://www.ihl.org>; Nabitz, Nanitsos és Verkooyen, 1999) Az indikátorok használata részévé vált az akkreditációnak is (The Indicator Measurement System, JCAHO), az akkreditációs kézikönyvek külön fejezetben sorolják fel a használatra javasolt indikátorokat. Az indikátorok képzése és használata volt az egyik sarkalatos pontja a JCAHO Agenda for Change (1989) programjának, amely során célul tűzték ki a szervezetek tényleges teljesítésének vizsgálatát. Ezeken felül igen nagyszámú klinikai indikátor használatos az egészségügy legkülönbözőbb területein (National Library of Healthcare Indicators, 1998; <http://www.jcaho.org>), amely egyrészt lehetővé teszi az adott helyzetben a legjobban használható indikátor kiválasztását, másrészt igen nehézé teszi a választást és a validálást.

7.1. Az indikátorok dimenziói és fajtái

Az indikátorok, definíciójukból adódóan a minőség tetszőleges dimenzióinak a mérésére szolgálnak. Indikátor segítségével mérhetjük a 1) a hozzáférhetőséget (accessibility); 2) a megfelelő időben történést (timeliness); 3) a hatásszámot (efficacy); 4) a hatékonyságot (effectiveness); 5) a megfelelőséget (appropriateness); 6) az eredményességet (efficiency); 7) a folyamatosságot (continuity); 8) a személyességet (privacy); 9) a bizalmasságot (confidentiality); 10) a betegek és családtagjaik részvételét (participation); 11) a biztonságos működést (safety); és a 12) segítő funkciókat (supportiveness). Mérhetjük a struktúrát, folyamatot és a kimeneti eredményt.

Kétféle indikátort különböztethetünk meg: az arányszám indikátort illetve az “őrszem” (sentinel) indikátort. Az arányszám esetén a számláló értéke a vizsgált/megtörtént esetek száma, a nevezőben pedig azoknak a betegeknek a száma található, akiknél a vizsgált eset (pl. nosocomialis infekció) bekövetkezhetett volna. Az “őrszem” indikátor egy számérték. Például ilyen indikátor a vértranszfúzió miatt meghalt betegek száma. Eben az esetben nem adható meg a jó minőséget jellemző arányszám, hiszen az egyetlen elfogadható érték a nulla.

7.2. Az indikátorok használata: Hogyan kerülhetők el a gyakoribb hibák?

Megfigyelni, mérni csak ritkán tudunk közvetlenül. A közvetett mérés nem tökéletes, mert: a) az általánosabb elméleti fogalmak az indikátorok, a megfigyelt változók csak egy részét fogják át; b) az indikátor valami mást is kifejez, ti. a megfigyelési egység specifikus tulajdonságát. A mérés érvényességének (validitásának) kérdése ezért mindig felvetődik. A validitást általában tudjuk mérni, meg tudjuk mondani, hogy egy mérték ugyanazt a dolgot méri-e, abban azonban nem lehetünk bizonyosak, hogy mi is az a dolog. (Füstös és Kovács, 1989)

Az indikátorok képzése és használata során számos potenciális problémával kell szembenéznünk, amelyek elkerülése érdekében célszerű az alábbiakat figyelembe venni:

- az indikátorok képzése vagy használata előtt célszerű a szervezet kulcsfolyamatainak definiálása, hiszen az indikátorok legnagyobb része segítségével a szervezet folyamatait vizsgáljuk, illetve kisebb részben ezek kimeneteit (outcome) vizsgáljuk. Egy szervezeten belül igen nagy számú folyamat és kimenet található, sem időnk, sem anyagi forrásaink nincsenek ahhoz, hogy valamennyit vizsgáljunk. A rosszul megválasztott indikátor a menedzsment és a szakemberek figyelmét elvonhatja a valóban lényeges kérdésektől, az ilyen indikátornak való megfelelés ronthatja a minőséget.

- szintén fontos annak a pontos leírása, hogy ki (kik) azok, akik az adott folyamatra meghatározó befolyással vannak, azaz kik az adott (kulcs)folyamatok gazdái. Az indikátorokat szakemberek (orvos, ápoló, más egészségügyi szakember, menedzser) használják, a probléma felismerése csak a szükséges beavatkozásokat lehetővé tevő kompetencia és a szervezeten belüli megfelelő hatáskörrel együtt eredményezhet jobb minőséget. (Fontos, hogy a “gazdák” felismerjék saját felelősségüket a folyamat minőségének a javítása terén.)

- megfelelő, valid indikátorok képzéséhez jelentős minta elemszám szükséges, ahol ez nem adott, az indikátor megtévesztő. A megfelelő adatok gyűjtése időigényes, költséges és sok esetben nincs meg az ehhez szükséges tudás és érdekltség. Általában elmondható, hogy az outcome indikátorok sokkal nagyobb minta elemszámot

igényelnek és képzésük (validálásuk) hosszabb ideig eltart. Abban az esetben, ha jó összefüggés van a folyamat és az outcome között, jobb a folyamatot figyelni. Minden esetben szükséges az indikátor validitásának, szenzitivitásának, specificitásának és megbízhatóságának a vizsgálata és megfelelőségének biztosítása.

– az indikátorok segítségével más kollegák tevékenységét vizsgálják, mivel sok esetben ennek a vizsgálatnak a célja az, hogy hibát találjanak (Hadd mutassuk meg nektek, milyen rosszul is csináljátok valójában!), a szolgáltatott adatok nem tükrözik a realitást. A folyamatok “gazdáinak” bevonása nélkül a minőségbiztosítás ezen területe sem végezhető megfelelően,

– ne vizsgáljunk egy területet csak azért mert “van adatunk”, vagy azért mert “könnyű”, sok esetben ilyen esetben az indikátorok értelmetlenek és használatuk nem jár eredménnyel,

– a beteg állapotától függően ugyanaz a folyamat jelentősen különböző kimeneti eredményhez vezethet, a betegség súlyossága, a rizikó figyelembe vétele alapvető. Jó példa erre az infekciókontroll indikátorok rizikót figyelembe vevő képzése,

– nem célszerű az indikátorokat gyakran váltogatni, akkor sem, ha minőségfejlesztési célunkat elértük. Igen gyakran a pozitív változások az adatgyűjtés változása, a kezdetben tapasztalható fokozott figyelem, és más tényezők miatt részben látszólagosak, és ez az eredmény hosszabb távon nem tartható fenn.

Az esetszám, az adatok minősége, a betegek rizikójának és a betegségek súlyosságának a figyelembevétele mellett igen lényeges az, hogy az indikátor és az kimeneti eredmény között van-e tudományos bizonyítékokkal alátámasztható kapcsolat. Sok esetben ez a kapcsolat hiányzik. Jesse és Schranz (1990) által közölt és igen gyakran idézett HCFA (US Health Care Financing Administration) és a Joint Commission (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organisations) felmérés eredménye szerint például a mortalitási arány és a kórházi minőség között nem volt összefüggés, ezért a mortalitási arány indikátorként nem használható. Más szerzők is hasonló következtetésre jutottak (Dubois, 1990). Mások rámutattak arra, hogy más indikátorok, például a korai kórházi újrafelvételre vonatkozók esetén, a betegek rizikója és a kórházi adottságok mellett figyelembe kell venni a finanszírozást, hiszen a korai újrafelvétel különböző DRG-kategóriák⁽¹⁰⁾ esetén jelentősen eltérő. (Thomas és Holloway, 1991) Az indikátorok képzése és használata során jelentős problémák forrása a rutinszerűen gyűjtött adatok rossz minősége. (Davies és Lampel, 1998) DesHarnis és Simpson (1992) arra hívja fel a figyelmet, hogy a különböző hatékonyságú egészségügygel rendelkező országok esetén problematikus az indikátorok átvétele és használata, hiszen az interpretáció jelentős hibával lehet terhelt.

Honlapok

Quality Indicator Project, (QIP) Maryland Hospital Association (MHA): www.ihl.org és www.qiproject.com

Institute of Healthcare Improvement: <http://www.ihl.org>

Magyar nyelvű szakmai anyagok: <http://www.hudir.hu/Health>

Házipatika, egészségről interneten: <http://www.hazipatika.com>

Telemedicina: <http://www.futuris.hu>

Netherlands Institute of Primary Health Care: <http://www.nivel.nl>

British Medical Journal: <http://www.bmj.com>

Agency for Health Care Policy and Research: <http://text.nlm.nih.gov/ftsr/dbaccess/ahcpr> és <http://www.ahcpr.gov/cgi-bin/gilssrch.pl>

Canadian Medical Association Clinical Practice Guidelines: <http://www.cma.ca/cpgs>

Scottish Intercollegiate Guidelines Network: <http://pc47.cee.hw.ac.uk/sign/home.htm>

Health Service Research Unit: http://www.abdn.ac.uk/public_health/hsru/icc.html

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: www.isciii.es/aets/

Agency for Health Care Policy: www.ahcpr.gov

Alberta Heritage Foundation for Medical Research: www.ahfmr.ca

National Agency for Accreditation and Evaluation in Health: www.upml.fr/andem/andem.htm

Catalan Agency for Health Technology Assessment: www.aatm.es

Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment: www.ccohta.ca

Council d'évaluation des technologies de la santé du Québec: www.msss.gouv.qc.ca/cets/

The NHS Centre for Reviews and Dissemination: www.york.ac.uk/inst/crd/

Danish Institute for Health Services Research and Development: www.dsi.dk

FinOHTA – Finnish Office for Health Care Technology Assessment: www.stakes.fi

Medicare Services Advisory Committee, Ausztrália: www.health.gov.au/msac

National Co-ordinating Centre for Health Technology Assessment, Egyesült Királyság: www.soton.ac.uk/~hta/

The Clearing House for Health Outcomes and Health Technology Assessment, Új-Zéland: <http://nzhta.chmeds.ac.nz/>

The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, Svédország: www.sbu.se

Scottish Health Purchasing Information Centre, Egyesült Királyság: www.nahat.net/shpic/

TNO's HTA Group – The Netherlands Organisation for Applied Scientific Research, Hollandia: www.tno.nl/insight/pg/index.html

Irodalom:

1. Agenda for Change, (1989) Quality Review Bulletin, Vol. 15. No. 11, November 1989, 330-339.
2. Albertsen, P.C., Fryback, D.G., Storer, B.E. és mtsai. (1995) Long-term survival among men with conservatively treated localized prostate cancer. JAMA, August 23/30, 1995-Vol 274, No 8, 626-631.
3. Argyll, R.D. (1869) On an interesting series of eye symptoms in a case of spinal disease. Edinburgh Medical Journal 1869; 14:696-708.
4. Banta, D. és Bos, M. (1991) The relation between quantity and quality with coronary artery bypass graft (CABG) surgery, Health Policy 18 (1991) 1-10.
5. Banta, D., Engel, G. és Scherstén, T. (1992) Volume and outcome of organ transplantation, International Journal of technology Assessment in Health Care, 8:3 (1992), 490-505.
6. Banta, D. és Gulácsi, L. (1997) Outcomes of health care in Europe, European Health Care Forum; Analysis of Current Strategies, WHO Regional Publications, European Series, No 72, 201-213.
7. Banta D., Gulácsi L., Az egészségügy eredményei Európában 2/1., Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1997, 35, 3, 218-229
8. Boyle Creps, L, Colfey, R.J., Warner, P.A. és mtsai. (1992) Integrating Total Quality Management and Quality Assurance at the University of Michigan Medical Center, Quality Review Bulletin, August 1992
9. Brook, R.H., Chassin, M.R. és Fink, A. (1991) A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies, Santa Monica, RAND, 1991.
10. Brook, R.H. (1994) The RAND/UCLA Appropriateness method, in: McCormick, K.A., Moore, S.R., Siegel, S. Methodology Perspectives, Rockville, MD: US-DHHS, 1994:59-70.
11. Brown, E. (1995) Reassessment of Transrectal Ultrasonography. Diagnostic and Therapeutic Technology Assessment, Department of Technology Assessment, American Medical Association, Chicago, 1995.
12. Cabana, M.D., Rand, C.S., Powe, N.R. és mtsai. (1999) Why don't physicians follow clinical practice guidelines? JAMA, October 20, 1999. Vol. 282, No. 15. 1458-1465.
13. CCHSA's Performance Indicators (1998) A survey on the use and usefulness of six indicators, Canadian Council on Health Services Accreditation, 1998 September.
14. Chodak, G.W. (1994) Screening for Prostate Cancer, The Debate Continues, Editorials, JAMA, September 14, 1994-Vol 272, No 10, 813-815.
15. Chodak, G.W. és Thisted R.A. (1994) Results of Conservative Management of Clinically Localized Prostate Cancer, The New England Journal of Medicine, January 27, 1994, 242-247.
16. Davies, H.T.O. és Lampel, J. (1998) Trust in performance indicators? Quality in Health Care 1998;7:159-162.
17. DesHarnis, S.I (1990) Current uses of large data sets to assess the quality of providers, International Journal of Technology Assessment in Health Care, 6 (1990), 229-238.
18. DesHarnis, S.I. és Simpson, N. (1992) Indices for monitoring hospital outcomes in developed countries, Health Policy, 21 (1992) 1-5.
19. Donabedian, A. (1982) Explorations in quality assessment and monitoring, Volume II.; The criteria and standards of quality, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1982.
20. Dranove, D. (1998) Economies of scale in non-revenue producing cost centers: implications for hospital mergers, Journal of Health Economics, 17 (1998) 69-83.
21. Dubois, R.W. (1990) Inherent limitations of hospital death rates to assess quality, International Journal of Technology Assessment in Health Care, 6 (1990), 220-228.
22. EHC, (1993) Effective Healthcare, Implementing clinical practice guidelines, 1994 No. 8.
23. Feder, G., Eccles, M., Grol, R. és mtsai. (1999) Using clinical guidelines, BMJ 1999;318:728-730.
24. Feeny, D., Guyatt, G., Tugwell, P. (1986) Health care technology: effectiveness, efficiency and public policy, The Canadian Medical Association, 1986.
25. Field, M.J. és Lohr, K.N. (1990) Clinical practice guidelines: directions for a new program, Washington DC: National Academy Press, 1990.
26. Flood, A.B. (1990) Peaks and pits of using large databases to measure of care, International Journal of Technology Assessment in Health Care, 6 (1990), 253-262.
27. Füstös, L. és Kovács, E. (1989) A számítógépes adatelemzés statisztikai módszerei, Tankönyvkiadó, Budapest, 1989, 14.
28. Goldmann, D.A. (1997) Sustaining CQI, International Journal for Quality in Health Care Vol. 9. No. 1 7-9.
29. Green, J., Wintfeld, N., Krasner, M. és mtsai. (1997) In search of America's Best Hospitals, JAMA, April 9, 1997-Vol. 277, No. 14, 1152-1155.
30. Grimshaw, J.M. és Russel, I.T. (1993) Effect of clinical guidelines on medical practice; a systematic review of rigorous evaluations, Lancet 1993; 342:1317-1322.

31. Gulácsi, L., Kovács A., Vass L. és mtsai. (1996) A prosztatrákszűrés hatása az élettartamra, életminőségre és a költségek alakulására; egészségügyi technológia elemzés, 1., Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1996, 34, 3, 220-245.
32. Gulácsi, L., Kovács, A., Demény B. és mtsai. (1996) Az emlőrákszűrés és -terápia. Egészségügyi technológia elemzés 2/1., Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1996, 34, 4, 320-333.
33. Gulácsi, L., Tatár Kiss, Zs., Kovács, A. és mtsai. (1996/1) A szövődménymentes gyógyulásért 7.; Javaslatok a kórházi sebfertőzés surveillance program 25 magyarországi kórházban, 1995-1996 alapján, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1996, 34, 6, 23-48.
34. Gulácsi, L., Tatár Kiss, Zs., Kovács A., és mtsai. (1996/2) A szövődménymentes gyógyulásért 6.; Kórházi sebfertőzés surveillance program 25 magyarországi kórházban, 1995-1996, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1996, 34, 5, 432-449.
35. Gulácsi, L. (1999) Klinikai kiválóság; technológiaelemzés az egészségügyben, Springer Orvosi Kiadó, 1999.
36. Hannan, E.L., O'Donnell, Kilburn, J.L és mtsai. (1989) Investigation of the relationship between volume and mortality for surgical procedures performed in New York State Hospitals, Journal of the American Medical Association, 262, 1989. 503-510.
37. Jessee, W. és Schranz, C.M. (1990) Medicare mortality rates and hospital quality: are they related? Quality Assurance in Health Care, Vol. 2, No. 2. 137-144.
38. Jménez, R. López, L., Dominguez, D. és mtsai. (1999) Difference between observed and predicted length of stay as an indicator of inpatient care inefficiency, International Journal for Quality in Health Care 1999, Vol. 11, No. 5, 375-384.
39. Kahan, J. Bernstein, S.J., Leape, L.L. (1994) Measuring the necessity of medical procedures, Med Care, 1994;32:357-365.
40. Keeler, E.B., Rubenstein, L.V., Kahn, K.L. és mtsai. (1992) Hospital characteristics and quality of care, JAMA, October, 1992-Vol 268, No. 13, 1709-1714.
41. Kesteloot, K. (1999) Disease management, International Journal of technology Assessment in Health Care, 15:3 (1999), 506-519.
42. Krahm, M.D., Mahoney, J.E., Eckman, M.H. és mtsai. (1994) Screening for prostate cancer, A decision analytic view, JAMA, September 14, 1994, Vol 272, No. 10.
43. Lawthers, A.G., Rozanski, B.S., Nizankowski, R. és mtsai. (1999) Using patient survey to measure the quality of outpatient care in Krakow, Poland, International Journal for Quality in Health Care, 1999; Vol. 11. No. 6. 497-506.
44. Lohr, K. (1992) Guidelines for clinical practice, From development to use, Institute of medicine, Washington DC: National Academy Press, 1992.
45. Marwick, C. (1995) Another health care idea: Disease management, JAMA, 1995, 274-1416-1417.
46. Mohr, J.J., Mahoney, C.C., Nelson, E.C. és mtsai., (1996) Improving health care, Part 3: clinical benchmarking for best patient care, Journal on Quality Improvement, Vol. 22, No. 9, 599-614.
47. Montalto, M. Portelli, R. és Collopy, B. (1999) Measuring the quality of hospital in the home care: a clinical indicator approach, International Journal for Quality in Health Care 1999, Vol. 11, No. 5, 413-419.
48. Nabitz, U., Nanitsos, P. és Verkooyen, T. (1999) Developing an indicator system for a health care centre, health Information Developments in the Netherlands, April. 1999, 46-51.
49. National Library of Healthcare Indicators (1998) Joint Commission on Accreditation of healthcare Organisations, 1998.
50. Schröder, F.H. és Boyle P. (1993) Screening for Porstate Cancer - Necessity or Nonsense?, Eur. J. Cancer Vol. 29A, No. 5., pp. 656-661, 1993.
51. Seematter-Bagnoud, L., Vader, J.P., Wietlisbach, V. és mtsai, (1999) Overuse and underuse of diagnostic upper gastrointestinal endoscopy in various clinical settings, International Journal for Quality of Health Care, Vol.11, No. 4, pp. 301-308.
52. Shekelle, P.G., Woolf, S.H., Eccles, M. és mtsai. (1999) Developing guidelines, BMJ, 318, 27 February 1999, 593-596.
53. Temple, S. (1990) Problems in the use of large data sets to assess effectiveness, International Journal of Technology Assessment in Health Care, 6 (1990), 211-219.
54. Shaneyfelt TM, Mayo-Smith MF, Rothwangl J (1999) Are guidelines following guidelines? JAMA 281, 20, 1900-1905.
55. The PSA test in early detection of Prostate Cancer, Final Report, February, 1995, Health Services Utilization and Research Commission, Saskatoon, Canada.
56. Thomas, J.W. és Holloway, J.J. (1991) Investigating early readmission as an indicator for quality of care studies, April, 1991, Vol. 29, No. 4. 377-394.
57. Thorsen, T. és Makela, M. (1999) Changing professional practice, Theory and practice of clinical

guidelines implementation, Danish Institute for Health research and Development, DSI rapport.99-05. (European Commission's BIOMED-2).

58. Vissers, M. (1999) Diagnostic and therapeutic protocols in medical practice, CIP-DATA Koninklijke Bibliotheek, Den Haag, 1999.

59. Woolf, S.H., Grol, R., Hutchinson, A. és mtsai. (1999) Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines, BMJ, Vol. 318, 20 February 1999, 527-664.

Lábjegyzetek:

¹ A benchmarking az a folyamat, amellyel azonosítjuk, megmérjük és adaptáljuk a világ bármely szervezetének kiemelkedő gyakorlatát és folyamatait annak érdekében, hogy segítsük saját szervezetünket a teljesítmény fejlesztésében.

² az ún. 80/20-as szabály = a piactevékenység nagy százaléka kisszámú piaci szereplőnek köszönhető. [A szerk.]

³ Kritérium: A teljesítés(ek) elvárt szintje vagy illetve annak a pontos leírása, amely szerint a tevékenység vizsgálható.

⁴ Argil betegség (Argyll Robertson Pupil): a direkt és a consensualis pupilla fényreakció (azaz szűkülés) nem váltható ki, de konvergenciára, azaz közelre nézéskor szűkül a pupilla.

⁵ Méretgazdaságosság. [A szerk.]

⁶ RCT = randomizált kontrollált vizsgálat. [A szerk.]

⁷ tkp. szétsugárzás, terjesztés [A szerk.]

⁸ gyakorlatba való átültetés, alkalmazás [A szerk.]

⁹ Indikátor: a szervezet tevékenységének, funkcióinak, folyamatainak és outcome-jának a mérésére szolgáló eszköz. (JCAHO, 1996)

¹⁰ HBCs-rendszer kidolgozásának alapjául szolgáló amerikai betegosztályozási rendszer(Diagnosis Related Group) [A szerk.]

[Vissza a
tartalomhoz](#)

Nemdohányzó Világnap – 2001. Május 31. „Dohányfüst mentes környezetet – tiszta levegőt!”

Ebben az évben a „Nemdohányzó Világnap” jelmondata azokra a kellemetlenségekre és veszélyekre hívja fel az emberek figyelmét, amit a mások által elszívott cigarettából a környezetünkbe jutott dohányfüst okoz. A dohányiparnak a dohányzás védelmében felhozott érvei közé tartozik az az állítás, hogy a dohányzás „felnőtt emberek szabad választáson alapuló döntése”. Tekintsünk el most attól, hogy maga ez az állítás is félrevezető, és tegyük fel azt a (költői) kérdést: tényleg mindenkinek a saját döntésétől függ, hogy jut-e cigarettafüst a tüdejébe? Nyilvánvaló ugyanis, hogy nagyon sok nemdohányzó ember is kénytelen akarata ellenére dohányfüsttel szennyezett levegőt szívní. Ezt nevezzük a mindennapok nyelvén „passzív dohányzásnak” és ez a passzív dohányzás már semmi esetre sem szabad választás, hanem külső kényszer következménye.

A környezeti dohányfüst, amelynek hatása gyakorlatilag csak a zárt helyiségekben érvényesül, tartalmazza mindazokat a károsító anyagokat – a nikotint, kátrányt, szénmonoxidot, és azt a több mint 4000 féle mérget -, amelyeket a dohányzó ember által beszívott cigarettafüst, bár annál jóval kisebb töménységben. A környezeti dohányfüst töménysége attól függ, hogy milyen nagy a szobában forgó helyiség, hány cigarettát szívtak el benne és milyen a szellőzése. Egy olyan éjszakai szórakozó helyen, bárhelyiségben, ahol „válni lehet a füstöt”, a nemdohányzó alkalmazottak vizeletében annyi nikotin anyagcsereterméket (kötinint) mutattak ki, mint egy napi 10 szál cigarettát szívó dohányoséban.

A környezetben lévő dohányfüst beszívása elsősorban a kisgyerekek egészségét károsítja. A dohányos szülők gyermekei életük első két-három évében jóval gyakrabban kapnak légúti fertőzést. A leggyakoribb következmény hörghurut, tüdőgyulladás, középfülgyulladás. Dohányos szülők gyermekei gyakrabban lesznek asztmások, az asztmás gyerekeken pedig gyakrabban lép fel súlyos fulladásos roham. Azt is megfigyelték, hogy a dohányfüstös környezetben felnövő gyermekek tüdeje visszamarad a fejlődésben. A legsúlyosabb következmény azonban, hogy az úgynevezett hirtelen-váratlan bölcsőhalál, - amikor egy látszólag teljesen egészséges csecsemő álmában meghal és a boncolás sem találja meg ennek az okát -, két-háromszor gyakrabban fordul elő, ha egyik vagy másik szülő – esetleg mindkettő – dohányzik.

A passzív dohányzás „minősített” esetének kell tekinteni, amikor az anyaméhben fejlődő magzat van kitéve az anyja által – aktívan vagy passzívan – beszívott cigarettafüst hatásának. Természetesen a terhessége alatt aktívan cigarettázó anya magzata szenved el a nagyobb ártalmat, de az állapotos anya passzív dohányzása sem elhanyagolható hatású. Terhesség alatti dohányzás esetén gyakoribb a koraszülés, a kis súllyal született és az

éretlen újszülött. A dohányos anya újszülöttje átlagosan 350 grammal kisebb súlyú és 1,5 cm-rel rövidebb. Ez a fejlődésbeli visszamaradás magasabb születési halálozással is jár. Kifejezett fejlődési rendellenességek (végtaghiány, nyitott szájpadahasadék) is gyakrabban fordulnak elő, ha a terhesség alatt cigarettázik az anya. A környezeti dohányfüst egészségromboló hatása a felnőttekre sem közömbös, bár nem olyan nagy mértékű, mint gyermekek esetében. Sokan vannak, akiket egyszerűen zavar a dohányfüst: köhögést vált ki, csípi a szemüket, viszolyognak attól, hogy hajuk, ruhájuk „bagószagú” lesz. Felnőtteken is az asztmás tünetek rosszabbodását, kötőhártya gyulladást okozhat, ha dohányfüstös helyiségben vannak. A kérdéssel foglalkozó tanulmányok azt vizsgálták, hogy olyan nemdohányzókon, akik otthon vagy a munkahelyükön tartósan és folyamatosan „passzív” dohányosok – házastársuk vagy munkatársaik rendszeresen cigarettáznak -, milyen gyakran fordulnak elő azok a betegségek, amelyekről egyébként már bebizonyosodott, hogy összefüggésben vannak a dohányzással. A vizsgálatok túlnyomó többségében azt találták, hogy a tüdőrák, a szív-érrendszeri betegségek (szívinfarktus) és az idült obstruktív tüdőbetegség gyakoribb ezeken a személyeken, mint azokon, akik dohányfüst mentes környezetben élnek. Ezeknek a vizsgálatoknak az eredményére alapozva például az American Airlines légi kísérői kártérítési pert indítottak és nyertek a munkáltatójukkal szemben. Valószínűleg ez is hozzájárult ahhoz, hogy ma már gyakorlatilag a világ minden légi járata „nemdohányzó”.

A dohányipar képviselői, amikor – elsősorban a saját kényyszerűen nyilvánosságra hozott titkos dokumentumaiban lévő – bizonyítékok hatására már kénytelenek voltak elismerni a dohányzás egészségkárosító, betegségeket okozó hatását, még akkor is körömszakadtáig tagadták, hogy mások cigarettafüstjének belélegzése bármilyen káros hatású volna. Azzal érveltek, hogy a vizsgálatok eredményei nem egyértelműek és voltak olyan vizsgálatok is, amelyekben a környezeti dohányfüstnek kitett személyeken sem találták gyakoribbnak a szóban forgó betegségeket. És akkor robbant a bomba! Egy amerikai tudóscsoport 1998-ban részletes elemzésnek vetette alá a megelőző öt év ilyen tárgyú közleményeit. Azt találták, hogy azoknak a tanulmányoknak a szerzői, amelyekben nem mutatták ki a passzív dohányzás egészségkárosító hatását, anyagi kapcsolatban álltak a dohányiparral.

A „nemdohányzókat védő” törvény – amellet, hogy jelentős lépés annak érdekében, hogy munkahelyeken, közintézményekben, a vendéglátásban ne legyünk kénytelenek akaratunk ellenére mások cigarettafüstjével mérgezni önmagunkat – azt az alapigazságot fogalmazza meg, hogy a tiszta levegő Földünk egyik legnagyobb kincse, amelyet óvni mindannyiunk érdeke – és kötelessége. Tegyük érte!

Szövetség a Dohányzás Visszaszorításáért

“Dohányzás vagy Egészség” Egyesület Magyar Védőnők Egyesülete
Magyar Rákellenes Liga Egészséges Városok Magyarországi Szövetsége
Magyar Ápolási Egyesület Magyar Tüdőgyógyász Társaság
Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület
Egészséges Óvodák Magyarországi Hálózat Népegészségügyi Tudományos Társaság
Magyar Védőnők Egyesülete
Egészséges Városok Magyarországi Szövetsége
Magyar Tüdőgyógyász Társaság
Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület
Népegészségügyi Tudományos Társaság

[Vissza a
tartalomhoz](#)

Diplomás Ápolók III. Országos Találkozója*

2001. április 20-21.

Nyíregyháza

(* A rendezvényt lapunk is támogatta.)

A Debreceni Egyetem Orvos – és Egészségtudományi Centrum Egészségügyi Főiskolai Karán működő Diplomás Ápoló Szak, a Jósa András Megyei Kórház és a Szabolcs–Szatmár–Bereg Megyei ÁNTSZ közös szervezésében 2001. április 20-21-én került megrendezésre a Diplomás Ápolók III. Országos Találkozója, mintegy 300 fő részvételével a Debreceni Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán.

A találkozó céljai

A hagyomány “ápolása” jegyében, a diplomás ápolók és az ország minden területéről érkező ápolási

szakemberek számára lehetőséget biztosítani a konzultációra, szakmai tapasztalatcserére, felhívni a figyelmet az ápolói kompetenciák megfogalmazásának fontosságára.

A rendezvény fővédnöke, Dr. Mikola István levélben köszöntötte a résztvevőket. A miniszter a magyar ápolásügy aktuális kérdésével kapcsolatban az alábbi gondolatokat fogalmazta meg:

„Az ápolásügy a magyar népegészségügy jövőjének kulcskérdése. Az ápoló és az orvos szoros munkatársak a beteg gyógyításának folyamatában. A fejlett országok egészségügyi ellátásában emellett egyre több önálló szerep hárul a szakképzett ápolókra. Az orvostudomány fejlődésével egyre több korai halálhoz vezető betegséget tudunk gyógyítani, s ezzel természetesen nő az ápolást igénylő krónikus állapotok részaránya. Növekszik a népességben az egészséges, de előbb - utóbb segítségre szoruló időszerűak aránya is. Az ápolók szaktudása hatalmas tartalék erő, a családok tanácsadásában, az egészség társadalmi értékének propagálásában, az egészségfejlesztés és a betegségmegelőzés nemzetépítő feladatának teljesítésében.”

„Az egészségügyi kormányzat egyre jobban épít a sokféle szakterületen működő diplomás ápolók szakértelmére, sőt, oktató munkájára. Tudásukra és gyakorló közreműködésükre nagy szükség van ahhoz, hogy a hazai betegápolás korszerű intézményrendszerét az egészségügyi ellátórendszer átalakításának részeként kialakíthassuk.”

Sövényi Ferencné az Egészségügyi Minisztérium Ápolási Főosztályvezetője előadásában a kompetencia, a jog és a valóság viszonyt mutatta be az ápolásban.

A szekciók témái:

1. Oktatás, kutatás: a diplomás ápoló képzés oktatásának kutatása, ápoláskutatás a klinikai egységekben.
2. Ápolás gyakorlata: az ápolói pályakép, az időskorú lakosság életminősége.
3. Minőségbiztosítás: mátrix-rendszer, minőségbiztosítás az ápolásban.
4. Egészségfejlesztés: az oktatás szerepe az egészségfejlesztésben az ápolás különböző szinterein.

A két nap során összesen 73 előadást hallhattunk a fenti témákban.

A legnagyobb érdeklődés az *oktatás, kutatás szekció* iránt volt, itt 21 előadás hangzott el. Ez az arány is mutatja azt, milyen fontos a közös kommunikáció, az eszmecsere az ápolás oktatói, kutatói között. E témakörben kerültek bemutatásra különböző ápolói pályakép lehetőségek, közösen próbáltuk megtalálni a diplomás ápoló helyét a harmadik évezred küszöbén.

Az *ápolás gyakorlata szekcióban* a kliensek szocio - pszicho - szomatikus állapot javításának ápolási szempontjairól volt szó, bemutatásra került a Dotte - betegmozgatási módszer is. Itt 20 előadás hangzott el a két nap során.

A *minőségbiztosítási szekcióban* a mátrix típusú kórházi szervezetről, annak működéséről kaphattunk tájékoztatást, illetve az egyes mátrix - osztályok a gyakorlatban is megtekinthetők voltak a Jósa András Megyei Kórház ápolási igazgatónőjének szervezésében. Emellett az ápolási standardok használatáról, minőségfejlesztési rendszerek bevezetéséről hallhattunk összesen 14 előadást.

Az *egészségfejlesztés szekcióban* a lakosság népegészségügyi jelentőségű problémáinak megoldási lehetőségeiről esett szó, így a kardiovasculáris betegségek megelőzéséről, a táplálékkiegészítők szerepéről, a cukorbetegség oktatásáról. Emellett több előadás vizsgálta a diplomás ápoló hallgatók egészségmagatartását, az ápolók mentálhigiénéjének kérdéskörét is, összesen 18 előadás keretében.

A találkozó zárszóként a következő ajánlást fogalmazta meg:

„A Találkozó megállapította, hogy az ápolói kompetenciák meghatározása feltétlenül időszerű. Ezért javaslatunk a következő: Az ESZTT megfelelő bizottsága a képző intézményekkel (főiskolák, ETI, stb.) koordinálva készítsen megoldási javaslatot az Egészségügyi Minisztérium illetékesei számára. Cél szerű volna megvalósítani az egészségügyi főiskolát végzettek számára olyan speciális posztgraduális licencet adó szakképzést – a szakorvos képzéshez hasonló módon és finanszírozásban –, amely lehetővé tenné a differenciált munkaterületeken a leghatékonyabb munkavégzést. A Találkozón számos az ápoláskutatással kapcsolatos előadás hangzott el, ami önmagában örömdet. Ugyanakkor sajnálattal kell megállapítanunk, hogy az ápolás – kutatás szervezetsége és pénzügyi feltételei további javításra szorulnak.

Ezért javasoljuk, hogy a következő konferencia kiemelt témája, az ápoláskutatás legyen.”

Ezen ajánlásokat, melynek üzenetére a résztvevők a 2002-ben megrendezendő IV. Országos Találkozón minden bizonnyal választ várnak – eljutattuk a miniszternek.

A vándorbotot a gyulai Pándy Kálmán Megyei Kórház és a Tessedik Sámuel Főiskola Egészségügyi Intézetének képviselőjében Kállai Mária vette át, ígéretet téve arra, hogy a következő Országos Találkozó témája az ápoláskutatás lesz és várhatóan 2002. április 25-26-án kerül megrendezésre.

Siket Adrienn
főiskolai adjunktus

