

Osteodenzitometriás szűrővizsgálat eredményeinek értékelése

Simonkay Lászlóné főnővér

Vas megyei Markusovszky Kórház, Szombathely

A vizsgálat célja:

Az osteoporosis gyakoriságának és súlyosságának felmérése.

Vizsgálati módszerek és minta: *Osteodenzitometriás szűrővizsgálat 14 hónapos időintervallumban, 7331 fő bevonásával.*

Eredmények:

- 1. A nők sokkal nagyobb számban érintettek a csontritkulásban, mint a férfiak:*
- 2. A vizsgált férfiaknak 33%-a volt osteoporosis, szemben a nők 21%-ával.*
- 3. A nők esetében megfigyelhető a korai menopausa, valamint a kis testtömeg; az alacsony testmagasság, és az osteoporosis közötti összefüggés.*
- 4. Az életkor előrehaladtával mind a férfiak, mind pedig a nők esetében növekszik a csontritkulás gyakorisága.*

Következtetések:

Az átlagéletkor emelkedésével egyre többen esnek áldozatul korunk néma járványának. Mivel a már kialakult osteoporosis gyógyítani nem lehet, a hangsúly a megelőzésen van, amely széleskörű felvilágosító tevékenység révén képzelhető el. Ebben fontos szerep jut az ápolóknak.

Bevezetés

Az osteoporosis napjainkban az érdeklődés középpontjába került. Ez a csontanyagcsere betegség nemcsak az egészségügy, de a társadalom ügye is. Jelentősége nem csak gyakoriságában, hanem a betegség következtében létrejött szövődmények (csonttörések) morbiditási, mortalitási, gazdasági és szociális következményeiben van. Az ilyen jellegű csonttörések mind a betegre, mind pedig a társadalomra komoly terhet rónak. Mivel a kialakult csontritkulást gyógyítani nem lehet (fontos viszont a további romlás megakadályozása), a hangsúly a megelőzésen van.

A megelőzésben fontos szerepe van a szűrővizsgálatnak. Jelen tanulmány célja az osteoporosis gyakoriságának és súlyosságának felmérése, osteodenzitometriás (ODM) szűrővizsgálatok tükrében. A vizsgálatok a szombathelyi Rendelőintézetben, illetve a kihelyezett lakossági szűrések alkalmával, a megye nagyobb településein történtek. A megfigyelt időszakban (1995. szept. 07. – 1996. nov. 26.) 7331 személyt vizsgáltak meg. (Ebből 6707 nő és 624 férfi.)

Az osteoporosisról röviden

Az osteoporosis olyan alacsony csonttömeggel és a csontszövet mikroarchitektúrájának sérülésével jellemzett betegség, amely a csontok fragilitásának növekedéséhez és így a csonttörési kockázat emelkedéséhez vezet.

A csontképzésben az osteochlastok (falósejtek) és az osteoblastok (építősejtek) vesznek részt. Normális körülmények között ez a két folyamat egyensúlyban van. Osteoporosisban hiányzik a két tényező szabályozott kapcsolata. Oka lehet az elégtelen csontépítés, a túlzott mértékű csontbontás, vagy a kettő együttes zavara.

Az életkor előrehaladtával élettanilag is csökken az építő folyamat, ugyanakkor fokozódik a csontbontás. A csont szivacsos állományában található csontgerendák (amelyek a csont rugalmasságáért, szilárdságáért felelősek) – elvékonyodnak, az üregek nagyobbakká válnak. Ha a csonttömeg csökkenés bizonyos mértéket elér, a csontok már kis terhelés hatására is könnyen törnek. Ez az állapot az osteoporosis.

A csontvesztés a trabekuláris (szivacsos) csontokon kezdődik. A gerincet alkotó csigolyák és a hosszú csöves csontok végrészei főleg szivacsos állományt tartalmaznak, ezért a következményes csonttörés leggyakrabban a csipőtájékon, a csuklón és a csigolyákon következik be.

ODM vizsgálatok értékelése

Az osteoporosis előfordulása sokkal gyakoribb a nők körében, mint a férfiaknál. Ennek legfontosabb okai: 1. A férfiak fiatalkori csúcs csonttömege kb. 20%-kal eleve nagyobb, mint a nőké. 2. A férfiak esetében nincs a nők menopausájához hasonló, gyors nemihormon-képződés csökkenés. 3. A férfiak várható élettartama rövidebb, mint a nőké, így kevesebb idő jut csonttömegük csökkenésére.

A vizsgálat nemek szerinti megoszlása a következő:

- 6707 nőt
- 624 férfit vizsgáltak.

A férfiak vizsgálati értékei

A 624 férfinak csak 26%-a (164) bírt normál csontozattal, 41% (225 eset) osteopenia (csökkent ásványi anyag tartalom); 33%-ban (205) osteoporosisos értéket találtunk. A legtöbb vizsgált férfi (163) az 51-60 éves korcsoportból került ki. A legtöbb osteoporosisos beteg a 61-70 évesek között volt (73 eset). Míg arányát tekintve a legtöbb osteoporosisos férfi a 70 év fölötti csoportban volt – 56%.

A nők vizsgálati értékei

A vizsgált nők mérési értékeinek megoszlása a következő volt:

- normál érték 48% (3185 eset)
- osteopeniás 31% (1097 eset)
- osteoporosis 21% (1425 eset).

A legnagyobb esetszámot, akárcsak a férfiaknál, az 51-60 éves korcsoport adta: 1998 személy. A legtöbb osteoporosisos beteg szintén a férfiakhoz hasonlóan a 61-70 éves korcsoportban volt: 608 eset. A legnagyobb arányban pedig a 70 éven felüliek között voltak osteoporosisos betegek 64%. Mindkét nem (férfi-nő) esetében jól látszik az osteoporosis korral emelkedő tendenciája. Nők esetében különösen szembeötlő az osteoporosisos esetek meredek emelkedése 60 éves kortól.

Az 55-60 év közötti nők ODM értékei menopausa tükrében

Az 55-60 év közötti nők ODM értékeit a lezajlott menopausa típusa szerint vizsgálva a következőket láthatjuk. Korai menopausán átesettnek tekintjük azokat a nőket, akik 45 éves kor előtt érték el a klimakteriumot – akár ovariectomia, akár a petefészkek működésének spontán megszűnése miatt. 55-60 év között összesen 1034-en kerültek vizsgálatra. Közülük: 312 korai, 722 normál menopausán esett át. A korai menopausa csoportban 93 (30%) normál értéket találtunk, míg a normál csoportban 292 esetben volt ép a csontállomány. A korai menopausán átesett nők 55-60 éves korukra 26%-ban (80 eset) osteoporosisban szenvednek, szemben a normál csoporttal, ahol ez az arány 16% (119 eset).

A két csoportban az osteopeniások aránya megegyező 44-44%. A felmérésből egyértelműen látszik, hogy a női szervezetben fellépő hormonhiány a csonttrikulás egyik fontos oki tényezője. Minél korábban kezdődik a menopausa, annál gyorsabban alakul ki az osteoporosis.

A csontállomány és a testalkat összefüggései

A testsúly- testmagasság szerinti csoportosításhoz a 45 év feletti nők szűrési eredményét vettük figyelembe. A testalkat és a csonttrikulás közötti összefüggést vizsgálva megállapítható, hogy a legrosszabb értékeket a 150 cm-es testmagasság alatti és az 50 kg testsúly alatti nők esetében mértek.

normál 7 eset = 10%

osteopenia 13 eset = 9%

osteoporosis 69 eset = 71%

A 150 cm testmagasság, illetve a 50 kg testsúly feletti értékek a következők:

normál 2010 eset = 42%

osteopenia 1631 eset = 34%

osteoporosis 1130 eset = 24%

A vizsgálatok egy része lakossági szűrés. Sok beteget reumatológus szakorvos küld olyan esetben, amikor felmerül a csonttrikulás gyanúja, például:

- évek óta fennálló rheumatoid arthritis esetében;
- a beteg panaszai alapján (fájdalom); ha az osteoporosis rizikótényezői közül több jelen van (családi halmozódás, kicsi, vékony testalkat, korai menopausa stb.).

Férfiak esetében sajnos nem ritka az alkoholizálás, erős dohányzás, hiányos táplálkozás.

Osteoporosis következtében létrejött csigolyakompresszió gyakorisága

Osztályos tapasztalatok

A Markusovszky Kórház reumatológiai osztályán 1992. január 1. és 1996. december 31. között 2053 beteget ápoltunk – 24 ágyon.

Az ápoltak között 132 betegnek volt osteoporosis következtében létrejött csigolya-kompressziója. Közülük 11 férfibeteg, 121 nőbeteg.

A férfibeteg kor- és töréstípus szerinti megoszlása:

- 65 év alatt 6 beteg,

ebből 5 esetben súlyos, több csigolyát érintő kompressziós törés volt, mindössze egy esetben volt egy csigolyatest beroppanása. 65 év felett 5 beteg,

3 esetben több csigolyatörést okozó súlyos osteoporosis, 2 esetben egy csigolya volt érintett.

A nőbetegek kor- és töréstípus szerinti megoszlása:

- 65 év alatt 27 beteg,
13 esetben egy, 14 esetben több csigolyát érintő törés,
- 65 év felett 94 beteg,

39 esetben egy, 55 esetben több csigolyát érintő törés.

A számok alapján jól látszik az osteoporotikus csigolyatörések számának emelkedése és a növekvő életkor közötti összefüggés.

Prevenció

A prevenció jelentősége

A már kialakult osteoporosis – egyelőre – nem gyógyítható, ezért a csonttrikulás megelőzésére kell törekedni. A prevenció nem csupán a kritikus életkorok időszakában értendő, hanem a születés pillanatától kezdődő feladat. Az osteoporosis kimenetele – a csont resorptió mértéke mellett – a beteg maximális csonttömeg mennyiségének is függvénye. Ez az úgynevezett csúcs-csonttömeg minden egyénben körülbelül 70%-ban genetikusan adott, de a maradék 30% életmóddal befolyásolható.

Primer –szekunder – terciér prevenció

A **primer prevenció**, tehát az egészséges életmódra nevelés révén a csúcs csonttömeg kifejlődését, majd a csonttömeg megőrzését jelenti.

A **szekunder prevenció** a veszélyeztetett, úgynevezett gyors csontvesztők és más rizikó-csoportba tartozó egyének kiszűrését és a korai kezelést célozza.

A **terciér prevenció** a már kialakult osteoporosis következményeinek megelőzését (otthoni biztonság, elesések kiküszöbölése, megfelelő táplálkozás, testmozgás, gyógyszeres kezelés, a megmaradt csonttömeg megőrzése).

Ápolási teendők

Az osteoporosisos beteg ápolása összetett feladat. Az ápolási terv hosszú távra szóló, vagy mondhatjuk inkább, hogy a beteg további életét meghatározó gondozás. Nagyon fontos a beteg együttműködésének megnyerése, hogy a siker érdekében kövesse az orvos előírásait, az ápolónő, a dietetikus, a gyógytornász tanácsait. A kialakult osteoporosis nem gyógyítható, a további állapotromlás megelőzhető, a fájdalom csillapítható és javítható az életminőség.

Életmód tanácsok

Az ápoló a mindennapi életet megkönnyítő javaslatokkal segítheti a beteget abban, hogy biztonságosabbá tegye otthoni környezetét.

Ilyen javaslatok:

- Jó megvilágítás a lakás minden helyiségében,
- Laza, kisméretű, egyenetlen szőnyegek ne legyenek a padlón,
- A vizes csempe és pvc padló nedvesen rendkívül csúszós. A kiömlött folyadékot azonnal töröljük fel, illetve a felmosásnál legyünk óvatosak,
- Ne legyenek a padlón szétszórta tárgyak,

- A lépcsők mindkét oldalán biztonságosan felszerelt korlátot kell elhelyezni, a fürdőszobában, zuhanyzóban és a kádban helyezünk el tapadó szőnyeget, a falon kapaszkodó rudakat.

Ezek mind a balesetveszélyt csökkentik.

A mindennapi rutintevékenység megkönnyítése érdekében ismertessük a betegekkel az egyes munkafázisok helyes technikáját (takarítás, főzés, mosás). Osteoporosisos beteg ne emeljen nehéz tárgyakat, a csigolyatörés veszélye miatt. Mondjuk el az öltözködés kényelmes módját, a ruházatra, cipőre vonatkozó biztonsági és kényelmi szempontokat.

Nagyon fontos a megfelelő ülő-és fekvőbútorok kiválasztása. A szék legyen kényelmes, támassza a hátat, derekat. Fekvésre speciális matracot kell használni, amely nem süpped be.

A mindennapi testgyakorlatok javítják az egyensúlyt, elősegítik a rugalmasságot és a harmonikus mozgást. A testedzés javítja az általános erőnlétet és az állóképességet, és ami fő, javítja a csont anyagcseréjét. Aki korábban nem tornázott, mielőtt elkezdi, feltétlenül kérje gyógytornász tanácsát! A helyes táplálkozás kialakítása is nagyon fontos tényező. Dietetikus segítségével összeállítható a "csontbarát" étrend, amely megfelelő mennyiségben tartalmazza a kalciumot és a D-vitamint.

Mondjuk el a szabad levegőn való tartózkodás jelentőségét. A séta kiváló testgyakorlat, mert erősíti a lábat és a hátizmokat, ugyanakkor a bőrünket érő napfény hatására szervezetünk D-vitamint állít elő, ami nélkülözhetetlen a kalcium felszívódásához.

Próbáljuk meggyőzni a beteget arról, hogy rossz szokásai (erős dohányzás, kávézás, mértéktelen alkoholfogyasztás) milyen káros hatással vannak a csontépítésre. Ha teljesen nem képes felhagyni szenvedélyeivel, mérsékelje, mert ezzel önmagán segít!

Irodalom

1. Bossányi Ada: A csontritkulás megelőzése Praxis 1995. 4. évf 3. szám 41-45.
2. Gergely I.: Az egészségnevelés lehetőségei az időskori csonttörések megelőzésében. Egészségnevelés 29. 114. 1998.
3. Gergely I.: Az osteoporosis időszerű kérdései A Magyar Gerontológiai társaság és a Baranyai megyei Kórház II. Belgyógyászati – Geriatriai – és Rehabilitációs osztálya "Osteoporosis" című tudományos ülésén előadás. Pécs 1994. Dec. 9.
4. Holló István: Kutatási eredményeink osteoporosisban, összefoglaló Ismertetés Magyar Belorvosi Archívum 1994/3. 187-191.
5. Holló István: Anyagcsere csontbetegségek a felnőttkorban Medicina. Bp. 1986.
6. Lakatos Péter: Rizikófaktorok Osteoporosis ISBN 963773161 X 43-45. Heliantus Nyomda
7. Poór Gyula, Holló István és a Magyar Osteoporosis és Osteoarthrogiai Társaság vezetősége: A nemzeti osteoporosis program irányelvei. Orvosi Hetilap 136. Évf. 53. Szám. 2913-2918.
8. Lawrence G. Raisz: Új elképzelések az osteoporosis pathogenesiséről Magyar Belorvosi Archívum 1994/1. 23-30.
9. Vértés László: Csontritkulás és egészségvédelem Egészségnevelés 36. szám 1995. 212-213.
10. Vértés László: Osteoporosis a geriatriai osztály gyakorlatában. A Magyar Gerontológiai Társaság és a Baranya megyei Kórház II. sz. Belgyógyászati – Geriatriai és Geriatriai és Rehabilitációs – osztálya "Osteoporosis" című tudományos ülésén előadás. Pécs. 1994. dec. 9.

[vi](#) [ssza a tartalomhoz](#) [vissza a fő oldalra](#)

Tapasztalatok és nehézségek az osteoporosisban szenvedő betegek otthoni ellátásában

*Holczinger Zsuzsanna diplomás ápoló, ügyvezető igazgató
Szent Rita Otthonápolási Szolgálat*

Az osteoporosis rövid ismertetése után a szerző áttekinti az otthonápolás lehetőségei, és problematikáját. Röviden bemutatja egy közepes nagyságú otthonápolási szolgálat működésében az osteoporosisos betegek gondozását. Végül elemzi, hogy a betegek, illetve kezelőorvosaik milyen mértékben veszik igénybe az otthonápolás adta lehetőségeket.

Tapasztalatok és nehézségek az osteoporosisban szenvedő betegek otthoni ellátásában

Az osteoporosis korunk "lappangó járványa", több esetben csak akkor kerül felismerésre, amikor csonttörések lépnek fel. A törések azonban csak a jéghegy csúcsát jelentik. Az utóbbi években elterjedt osteodensitometriás eljárások lehetővé teszik a csontok ásványianyag-tartalmának mérését és

lehetőséget teremtenek nagyszámú szűrővizsgálat elvégzésére. Ezek a vizsgálatok tették lehetővé a még tünetmentes osteoporosis diagnosztizálását, illetve a veszélyeztetett populáció szűrése révén számos új összefüggésre és tényre derült fény. Nyilvánvalóvá vált, hogy az életkorral összefüggő csontvesztés esetében lényeges különbség van a férfiak és nők között, mind az életkorban, mind az előfordulási gyakoriságban. A betegség előfordulása a gazdaságilag fejlettebb országokban gyakoribb, ami a magasabb átlagéletkor mellett a civilizációs ártalmakkal is összefügg.

Az osteoporosisos törések közül a csípőtáji törésekről áll a legtöbb adat rendelkezésünkre, mivel ez minden esetben kórházi ellátást igényel. A fejlett országokban az ortopédiai ágyak 20% - át ez a betegség köti le. A demográfiai mutatókat elemezve, Angliai számítások szerint, ha a növekedési tendencia folytatódik, 15 év múlva kétszer annyi csípőtáji törés fordul majd elő, mint amennyi 1985-ben volt.

Japán és svéd elemzések szerint a városi lakosok között magasabb a törési ráta, amit az életmódbeli különbségekkel – fizikai terhelés, étkezési, életmódbeli, utazási szokások – magyaráznak. A földrajzi eltérések és a törésszám között jelentős eltérések mutatkoznak. E mögött, az etnikai háttér mellett éghajlati, szociális, életmódbeli tényezők is szerepet játszanak.

Hazánkban 1993-ban 15 953 csípőtáji törést regisztráltak. Ezen törésforma az életet veszélyeztető állapot. Az 1993-as adatok szerint 12,1%-os volt a halálozási arány – 1935-en haltak meg a törést követően a kórházi ápolás alatt.

Nemzetközi statisztikai adatok szerint a csípőtáji törést szenvedettek harmada hal meg a törést követő egy éven belül. A túlélők 15-25%-a is legalább 1 éves rehabilitációt igényel, és 50%-uk soha nem tud segítség nélkül járni.

Más típusú törésekről, mint a csuklótáji és csigolyatörésekre vonatkozóan jóval kevesebb adat áll rendelkezésre.

Magyarországon azon betegek, akiknek családi körülményeik lehetővé teszik, hogy a csípőtáji törés aktív kórházi kezelését követően – mely átlagban 14 nap kórházi ápolási napot jelent – hazamenjen, rendszerint igénybe tudja venni az otthoni rehabilitációs lehetőséget is. Az otthoni ellátás szakápolásból, gyógytornából és más fizioterápiás lehetőségekből áll, valamelyik otthonápolási szolgálat keretén belül.

Az osteoporosis fogalma

Osteoporosisnak nevezzük azt az anyagcsere eredetű kórfolyamatot, amelyben a csontszövet mennyisége megfogy, anélkül, hogy klasszikus módszerekkel vizsgálva a csontszövet kémiai összetétele megváltozna. A kórfolyamat lényege, hogy a csontok csontszövet tartalma megkevesbedik. Az osteoporosis polietiológiás elváltozás.

A csontitkulás keletkezésének alapja a csontújraképződés (remodeling) egyensúlyának megbomlása, azaz a csontbontás (resorptio) és a csontépítés (formatio) összekapcsolódásának zavara.

Az osteoporosis felosztása

1. Primer osteoporosison olyan kórfolyamatot értünk, melynek oka nem ismert, maga az osteoporosis jelenti a beteg panaszainak egyetlen megnyilvánulását, a gyógyítandó betegséget

- Senilis osteoporosis.
- Praesenilis osteoporosis
- Juvenilis osteoporosis

2. Szekunder osteoporosisnak nevezzük azon osteopeniákat, amelyek jól ismert, körülírt betegség következményeként alakulnak ki.

A szekunder osteoporosis kialakulásához vezető leggyakoribb folyamatok:

- Oestrogenhiányos állapot
- Androgenhiány
- Glycocorticoid túlsúly
- Thyreogen osteoporosis
- Hepatogen osteoporosis
- Alkoholizmus
- Cukorbetegség
- Immobilizáció

- Idült vesebetegség
- Essenciális hypercalciuria
- Primer chronicus polyarthrit
- Kalciumhiányos táplálkozás
- Idült gyomor és bélbetegségek, felszívódási zavarok
- Mastocytosis
- Heparin és theophyllin kezelés

3. Postmenopausás osteoporosis elsősorban a trabeculáris csontokat érinti, legfontosabb szövődménye a kompressziós csigolyatörés, oka az oestrogen-hiány.

Az osteoporosis rizikófaktorai

Rizikó			
Fokozott			Csökkent
Kifejezetten	Mérsékelten	Bizonytalan	
Női nem	Pozitív családi anamnézis	Fokozott koffein fogyasztás	Fekete rassz
Fehér és ázsiai rassz	Alacsony kalcium bevitel	Fokozott fehérje fogyasztás	Obesitas
Kor	Fokozott alkohol fogyasztás	Fokozott foszfát fogyasztás	Testedzés
Glycocorticoidok	Egyéb gyógyszerek		Oestrogenek
Immobilizás	Dohányzás		Thiazidok
Premenopausalis oophorectomia	Scoliosis		
Hypogonadizmus	Nullipara		
Vékony testalkat	Egyéb betegségek		

Általános tünetek

- Fájdalom, mely leginkább a hát és gerinc tájékára lokalizálódik, de lehet segmentális lefutású is.
- Izomspazmusok
- Testmagasság csökkenése
- A gerinc fiziológiás görbületeinek változása (fokozódó kyphosis).
- Testtartás megváltozása, súlypont áthelyeződése.

Osteoporosisban alkalmazott vizsgálati módszerek

Fizikális vizsgálat

Biokémiai vizsgálatok: szérumban kalcium, foszfor, alkalikus foszfatáz, parathormon, calcitonin, vizelet kalcium stb. meghatározás.

A csontok ásványi anyag tartalmának mérésére alkalmas vizsgálati módszerek

- Klasszikus rtg. felvételek
- Egyes foton absorptiometria
 - izotóppal (SPA)
 - röntgennel (SXA)
- Kettősenergiájú röntgenfoton absorptiometria (DEXA)
- Kvantitatív számítógépes tomográfia (QCT és pQCT)

- Ultrahangos csontvizsgálat – tömeg és szerkezet (SOS, BUA)
- Mágneses magrezonancián alapuló csontmérés
- Egyéb módszerek

Az osteoporosis megelőzésének és kezelésének lehetőségei

- A szükségletnek megfelelő kalcium felvétel az egész élet folyamán.
- Megfelelő D – vitamin ellátás az egész élet során.
- Rendszeres fizikai aktivitás az egész élet folyamán.
- Alkohol fogyasztás korlátozása, dohányzás abbahagyása.
- Egyéb rizikótényezők korai felismerése, kiküszöbölése.
- Osteoporogén gyógyszerek racionális alkalmazása.
- Secunder osteoporosist okozó betegségek kezelése
- Az oestrogen és testosteron hiány korai felismerése, substitútiós terápia.
- Az osteoporosis kialakulásának megelőzése, korai diagnózis és terápia révén, mert a terápia csak a folyamat progressziójának megállítására képes.
- A már kialakult osteoporosis esetén a további progresszió gátlása, a klinikai tünetek enyhítése.
- Elesések megelőzése, nehéz tárgyak emelésének kerülése.

Ma már lehetőség van a rendszeres osteoporosis szűrővizsgálatokon való részvételre. A fokozottan veszélyeztetettek kiszűrése a családorvosokra, a szűrőállomásokra és a nőgyógyászati szakrendelésekre vár. A jól működő klimax – osteoporosis ambulanciák is tág lehetőséget nyújtanak a korunk népbetegségének számító osteoporosis megelőzésében és kezelésében.

Tekintsük át, milyen szerepet vállalnak az otthoni szakápolási szolgálatok az osteoporosis tekintetében. A szolgálatok szakápolással, gyógytornával, fizioterápiával, logopédiai ellátással foglalkoznak a beteg otthonában. Tevékenységük legfőbb kritériuma, hogy kórházi ápolást váltson ki, illetve rövidítsen le. Ennek megvalósulása esetén, az OEP-pel szerződve a betegek számára a nyújtott szolgáltatás térítésmentes. Jelen esetben az osteoporosis tekintetében fontos a jól megválasztott és összeállított étrend. E miatt nélkülözhetetlen lenne dietetikai szaknővér munkája a csoport munkájában, de a jelenlegi finanszírozás ezt nem teszi lehetővé. Elvárja hogy a komplex ellátás keretén belül megvalósuljon a diétás tanácsadás, de önálló vizitként nem finanszírozza. Ugyanez mondható el a gyógy-masszázs otthoni alkalmazásáról is. Mindkét példa hatékonyabbá tehetné, segíthetné az otthoni gyógyulást, rehabilitációt mind az osteoporosisban szenvedő, mind más, betegség miatt otthoni ellátásban részesülő, vagy ápolást igénylő betegek esetében.

Konkrét példát Budapest I – II – XII. kerületében dolgozó, átlagban havonta 520 vizitet teljesítő otthonápolási szolgálat adataiból vettem.

1998-ban az otthoni szakápolást, gyógytornát indokló, leggyakoribb 10 fő diagnózis közül az első helyen a combnyak törése szerepel. A pertrochanter törés 8. a sorban. Eseteink jelentős részében, mint mellékdiagnózis megjelenik az osteoporosis.

1999-ben az első 10 leggyakoribb diagnózis közül a 2. helyen áll a combnyaktörés és 5. a sorban a pertrochanter törés. Az esetek 64%-ban a friss törés utáni, kórházi ápolást követő 1-3 napon belül megkezdjük az otthoni primer rehabilitációt. Átlagosan 36 vizit igénye van a csípőtáji törések kezelésének, melynek intervalluma 3-4 hónap.

A friss törések esetében az otthoni primer rehabilitációt maximum egy héten belül optimális megkezdni. Több esetben már akkor igénylik a szolgáltatást, amikor a beteg még a kórházban van, biztosítva ezzel a mihamarabbi otthoni rehabilitáció lehetőségét. Ennek néha gátat szab a kapacitás és a tárgyhavi vizithiány, melyet csak részben tud befolyásolni a szolgálat.

Az esetek 36%-ban a csípőtáji törés régebbi eredetű és párosul egyéb krónikus betegségekkel, melyek nagymértékben rontják a beteg általános állapotát, életminőségét. A jelenlegi állapot a 3-4 évvel ezelőttihez képest nagyságrendekkel jobbnak mondható. Akkoriban sokkal több 1-3 éve történt törési

esettel találkoztunk. Az anamnézis fölvételekor kiderült, hogy az esetek többségében tevőleges rehabilitációban nem részesültek a betegek. Ez a tény egyértelműen befolyásolta egészségi állapotukat, életminőségüket, önellátási szintjüket, gyógyszerfogyasztási szükségletüket.

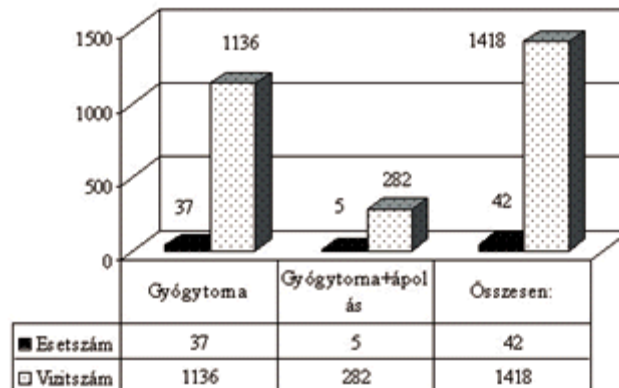
Az otthonápolási szolgálat az osteoporosisban leggyakrabban már csak a “jéghegy csúcsával”, a különböző törések utáni állapotokkal kerül kapcsolatba. Az esetek 88%-ban gyógytornára van szükség. Szakápolás és gyógytorna együttes alkalmazására 12%-ban indokolt. Ebben az esetben az ápolási igényt a decubitusok, sebek kezelése, kialakult inkontinencia, a szükségessé vált ápolási segédeszközök használatának tanítása, betegmobilizálás indokolja, mely jól kiegészíti a gyógytornász munkáját. Ebben az esetben mindkét szakembernek fontos szerep jut abban, hogy felkészítse, megtanítsa a hozzátartozókat a beteg körüli teendőkre, segítse a családot a felmerülő problémák megoldásában. Fontos azt a mértéket megtanítani, amivel segítünk, de nem szüntjük meg a beteg önellátási törekvését, sőt erősítjük azt. Lehetőség van a veszélyeztetett hozzátartozók felvilágosítására, a prevencióra nevelésre is.

Az adatokat az 1999-ben az otthonápolási szolgálat rendszerében ápolott betegek számítógépes adatainak feldolgozásából nyertük.

1999-ben 6 216 vizitet teljesített a Szolgálat.

Ápolási vizitek száma:	2 552	41%
Gyógytorna vizitek száma:	3 664	59%

Az osteoporosis diagnózis összesen	42 esetben fordult elő	1418 vizitteljesítéssel.	
Ebből csak gyógytornát:	37 esetben adtunk	1136 vizitteljesítéssel	88%
Ápolást és gyógytornát együttesen	5 esetben végeztünk	282 vizitteljesítéssel	12%



Ez azt mutatja, hogy ahol ápolás és gyógytorna együttesen volt szükséges, ott a beteg állapota is súlyosabbnak bizonyult.

Az 1999-ben nyújtott össz vizitek 22,8%-át fordítottuk az osteoporosis következményeinek otthoni rehabilitációjára.

Az egészséves gyógytorna vizitek adatait elemezve, mely 127 volt, 38 esetben találtunk osteoporosisra utaló jeleket.

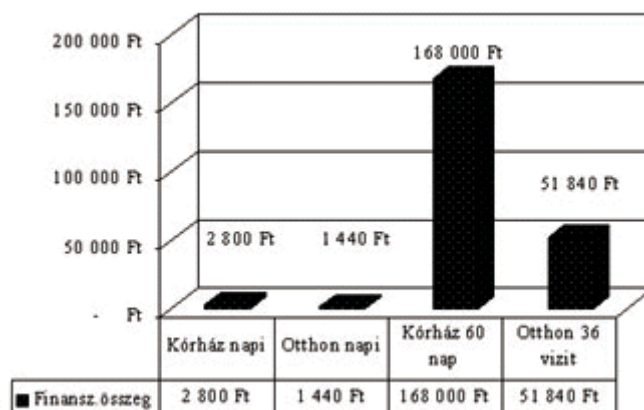
Nézzük meg a kérdést a finanszírozás oldaláról

Csípőtáji töréssel átlagban 14 – 26 napot töltenek aktív kórházi osztályon a betegek. Ha ennél több az ápolási napok száma, akkor azt rendszerint több osztályon tölti a beteg, mert a törésen kívül kísérő betegségei is kórházi ellátást igényel.

Ezt követően, ha nem lehet otthonába bocsátani (egyedül él, nem olyanok a körülményei, stb.), akkor valamely krónikus osztályon folytatódik a “rehabilitációja”?! , ahol átlagosan 60-90 napot tölt el.

Ennek átlagos napi költsége	2 800 Ft.
Egy betegre fordított költsége a 60 napos ápolás	168 000 Ft

figyelembevételével	
Az otthoni rehabilitáció átlagos vizitköltsége	1 440 Ft
Összköltsége (36 vizitet számolva)	51 840 Ft



A számok önmagukért beszélnek. Az otthoni rehabilitáció kevesebb mint egyharmadába kerül az intézményi keretek között végeztünk. Ez tény azonban arra az aránytalanságra is rámutat, hogy az otthonápolás még a magyar egészségügyi átlagnál is alulfinanszírozottabb.

Az otthonápolási szolgálat jól szervezett munkájával olyan új rehabilitációs lehetőséget teremtett meg a magyar egészségügy palettáján, amely hatékony, individuális és költségkímélő. Arról nem is beszélve, hogy a magyar egészségügy területén sehol nem olyan jó az arány beteg és egészségügyi szakember között, mint az otthonápolásban, ahol

1 betegre 1 egészségügyi szakember jut.

Az otthoni környezet a beteg számára biztonságot, stabilitást, nyugalmat, kényelmet biztosít. A számára fontos emberek, családtagok közelsége, sok esetben aktív segítsége ösztönzően hat a gyógyulási folyamatban. A beteg sokkal inkább képes aktívan részt venni a rehabilitációs folyamatban, hisz figyelme, ereje nem aprózik el, mint a számára idegen intézményi légkörben. Ezzel szemben itt kell megemlítenem, hogy a család segítsége nélkül, otthonában rehabilitálni nem lehet a beteget. Hisz az intézményi kereteken belül meglévő 24 órás ápolói munkát, felügyeletet csak a család tudja biztosítani. Ebben csak segíteni képes az otthonápolási szolgálat.

A szolgálatnál dolgozó szakembereknek (szakápolóknak, gyógytornászoknak) fontos szerep jut az egészségnevelésben, az újabb törések elkerülésében. A betegek otthoni életkörülményeit, életvitelét megismerve hatékony segítséget tudnak nyújtani a lakás veszélyes pontjainak felkutatásában, megszüntetésében, pl.: futószőnyeg, szűk átjáró, csúszós burkolat, magasítók, kapaszkodók hiánya stb. Néha a lakás berendezésének minimális változtatásával, a gyakran használt konyhai eszközök és anyagok elérhetőbb helyre kerülésével, arányában sokkal nagyobb biztonságot teremthetünk, mint azt gondolnánk. Működik van a szükséges gyógyászati segédeszközök használatának biztonságos megtanítására, ami megkönnyíti a beteg napi életvitelét.

Megismerve a táplálkozási szokásait, segít a betegnek a helyes diéta összeállításában és rendszeres ellenőrzésben. Altatók helytelen szedése, hirtelen felállás, fekvésből, ülésből, nem megfelelő lábbeli használat stb. mind - mind újabb veszélyforrás az ismételt töréshez. Apróbb életviteli módosításokkal ezek megelőzhetők. A több hónapon keresztül tartó rendszeres találkozások lehetőséget adnak arra, hogy valóban beépüljenek a változtatások a beteg napi életébe.

A napi torna, rendszeres mozgás iránti igényt is ki kell alakítani a betegben, hisz ez is fontos eleme a visszanyert egészség, mobilitás megtartásának. Nem lehet elégszer hangsúlyozni:

A mozgás sok gyógyszert pótol, de semmilyen gyógyszer nem pótolja a mozgást.

Az otthonápolási szolgálatok működésén belül számos lehetőség kínálkozik az otthoni ellátás fejlesztése, bővítése területén. A fejlődésnek a finanszírozás hiánya, alacsony volta, a szükségesnél még mindig nagyobb kórházcentrikus szemlélet, a szociális ellátó rendszer kapacitáshiánya, szemléletváltás elmaradása, ismerethiány is gátat szab. A finanszírozásban a jelenlegi vizit díjat fel kell(ene) váltania a korszerűbb, diagnózison alapuló, komplex ellátást biztosító, térítésnek.

Mi, akik az egészségügy ezen területén dolgozunk tudásunkkal, hitünkkel, szakmáinkkal azon vagyunk, hogy előbbre vigyük az otthoni szakápolást, tovább javítsuk minőségét, fejlesszük a színvonalát és technikai lehetőségeit.

Irodalom

1. Csontrítulás és táplálkozás Anonymus 1996.
2. Lakatos Péter (szerk.): Osteoporosis, osteomalacia, hyperparathyreosis a gyakorlatban. Mediphontana Alapítvány 1995.

[vissza a tartalomhoz](#) [vissza a fő oldalra](#)

Protokollok saját munkatársi részvételre alapozott elkészítési módszere

*Németh Istvánné ápolási igazgatóhelyettes
Dr. Németh Gézáne ápolási igazgató
Baranya Megyei Kórház, Pécs*

Célkitűzés:

Olyan standardizált módszer kialakítása, mely modellként szolgálhat a folyamatos protokoll készítéséhez.

Módszer:

“Collaborative computing” problémamegoldást támogató információs technika alkalmazása Elektronikus Értekezlet Rendszer (Electronic Meeting System – EMS) integrálásával.

Eredmény: *Széleskörű részvételre és konszenzusra épülő kulcsinformációk alapján mintaprotokoll elkészítése és ennek során egy protokollgenerálási modell kialakítása, mely egyben a folyamatos protokollfejlesztés standardizált módszere. A modell kiterjeszhető a kórházüzem négy funkcionális működési területére. Más módszerekhez képest értéktöbbletet jelentő elemei a tevékenység és felelősség kapcsolati tábla és a minőségi standard ellenőrzési űrlapok szerkesztése, amely a minőségmenedzsment számára gyakorlatias lehetőségeket biztosít.*

Következtetések:

A minőségügyi rendszer működését megalapozó protokollok készítéséhez a Baranya Megyei Kórházban kialakított modell időtakarékos, hatékony, csoporttevékenységre építő, kreativitásnak teret engedő, más intézmények számára adaptálható olyan mintát mutat be, ami a TQM total quality management) eszköze lehet.

A modell kidolgozásának előzményei

A Baranya Megyei Kórház ápolásfilozófiája a korszerű ellátás elveit vallja. Az új módszerek kidolgozásával, alkalmazásuk előkészítésével szakmai csoportot működtet az ápolásmenedzsment. Az 1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről előírja a kórházak számára a minőségbiztosítási rendszer létrehozását és működtetését. A szakirodalom és a gyakorlat változatos alternatívákat kínál a minőségbiztosítás formáiban, módszereiben.

Általános problémák a protokollok készítésével kapcsolatban:

- a kórházi adottságok sokszínűsége,
- átvett protokollokkal kapcsolatos ellenérzések,
- minőségbiztosítási ismerethiány,
- hatékony módszer, technika hiánya,
- motiváció hiánya,
- forráshiány,
- konszenzus hiánya.

A Baranya Megyei Kórház Ápolásfejlesztési Szakmai Bizottsága a minőségbiztosítási rendszer részeként az ápolási eljárások protokolljainak elkészítését tűzte ki céljai közé.

Az első körben kiválasztott alapápolási tevékenységekre vonatkozóan tervek készültek, amik korrekciókra szorultak. Ehhez hatékony és célratoró munkamódszert szeretnénk volna találni.

A szakterület széleskörű bevonásával a több ember bölcsességére és az alkalmazás során a saját gondolatokkal való könnyebb azonosulásra számítottunk. A nagy létszámú munkacsoport kezelése azonban nehézkessé vált, ezért más módszert kellett keresnünk. A csoportnak voltak már tapasztalatai az EMS-sel az ápolók ösztönző bérezési rendszerének kialakítása kapcsán. Ismét felkértük munkánk támogatására és segítésére Dr. Tóth Zoltán főorvost, minőségbiztosítási szakembert. Az ő tevékeny közreműködésével vált lehetővé modellünk kidolgozása.

A protokollok kidolgozásában részt vállalók számára a minőségbiztosítás alapismereteit felfrissítő és összefoglaló előadásra került sor. A legfontosabb fogalmakról írott anyagot készített, majd szemléletes, gyakorlatias példákkal illusztrált konzultációval készítette fel a csapatot.

Itt került sor az elektromos értekezlet (EMS) kínálta lehetőségek megismerésére, melyeket a jövőben is alkalmazni szeretnénk.

A modellhez kapcsolódó általános célkitűzés

Olyan gyakorlatias szervezés modell bevezetése és alkalmazása, amely:

- hatékony,
- időtakarékos,
- széleskörű részvételt biztosít,
- időben tervezhető,
- objektív,
- kiterjeszhető.

A protokollgenerálási modell

A folyamat fő lépéseit az 1. ábrán (*A protokoll generálási modell, - a nyomtatott folyóiratban megtalálható*) követhetjük.

A minta protokoll kiválasztását indokló körülmény volt, hogy a betegélelmezés hatékonysága jelentős gazdasági vonzattal bír, a betegelégedettségi vizsgálatok kiemelt pontja és valamennyi fekvőbetegellátó osztályra kiterjedő folyamat.

A **jelenlegi folyamat előzetes rögzítése** szolgált kiindulási alapul, melyet a csoporttagok majd kiegészítenek vagy megrövidítenek az EMS során. Ez a művelet egyben a technika bevezetését biztosítja. A jó betegélelmezés jellemzőinek felsorolása a jelen folyamat problémáinak azonosítása, a javasolt folyamat tevékenységeinek meghatározása ad lehetőséget a konszenzusra épülő, egységes álláspont kialakítására.

A működés megalapozását szolgálja az egyes tevékenységek feltételrendszerének meghatározása.

A működés felügyeletét támogatja az egyes tevékenységekhez kapcsolódó felelősség meghatározása. Ezek rögzítésre kerültek egy matrix táblában (2. ábra)

A minőséget befolyásoló főbb tényezők meghatározása biztosítja azoknak a pontoknak a megjelölését, melyek a minőségi kritériumokat jelentik.

EK.MÜK: 00.3 Tevékenység – Felelősségi szint / forma kapcsolati tábla

Tevékenység megnevezése	Dönt	Végrehajt	Ellenőriz
Szükséglet felmérés	Ko	On vagy Ko + Szn + On +D (team)	Ovf
Az étrend elrendelése	Ko	Ko	Ovf
Ételrendelés elkészítése	Ovf és Ovn	Szn vagy On	Ovn
Ételrendelés eljuttatása az élelmezésre	Ovf és Ovn	T vagy B	Ovn

A beteg és környezetének előkészítése	On	On	Ovn vagy Szn
Tálalás	D	On vagy T	D
Segédkezés az étkezésnél	On	On	Ovn
A beteg étkezés alatti megfigyelése	Ko	On	Ovn
Étkezés utáni teendők	On	On + T	Ovn
Ápolási dokumentáció aktualizálása	Ovn	On	Ovn
Tájékozódás a betegelégedettségről	Fv és Ovf és Ovn és D	On (rendszeres szóbeli) (D adatfelmérés)	Mb
Táplálkozási tanácsadás	Ovf + D	D (Ko, On)	Ovf

Jelmagyarázat: Minőségbizt. Csopt. = Mb

Felsővezetés = Fv

Oszt. v. főorvos = Ovf

Kez. orv. = Ko

Oszt. vez. főnőv. = Ovn

Szintvezető nőv. = Szn

Oszt. Nővér = On

Élelmezés vez. = Év

Dietetikus nőv. = D

Tálalás = T

Betegszállító = B

2. ábra Tevékenységi – felelősségi szint / forma kapcsolati tábla

A protokoll bevezetését gátló és segítő tényezők számbavétele a bevezetés sikere érdekében fontosak.

Az összegyűjtött információk birtokában egy szűkebb munkacsoport készítette el az ISO szabványnak megfelelő mintaprotokollt (1. sz. melléklet).

Felhasznált technika

A protokoll készítéséhez használt technika_részeként az EMS előkészítését biztosító tervezés és szervezés eleme az előzmények között említett felkészítő oktatás.

Az EMS előtervezése keretében kell elvégezni a probléma meghatározását, strukturálását, rögzítését. Össze kell állítani a résztvevők listáját, a napirendet, meghatározni az EMS időpontját, az alkalmazásra kerülő technikákat, valamint elkészíteni a háttéranyagot

Az EMS lebonyolítása

Az adott protokoll elkészítésében 18 fő vett részt.

A képviselt keresztmetszet: ápolási igazgatás, ápolók, orvos, élelmezés, Országos és Megyei Egészségbiztosítási Pénztár, Honvéd Kórház, ETI, Ápolásszakmai Kollégium.

Az EMS időtartama 6 óra 30 perc. Az elektronikus jegyzőkönyv 114 oldalnyi információt tartalmaz.

A modellben elkészített mintaprotokoll a betegélelmezési eljárás az ápolási tevékenységen belül ISO mintájú leírás.

A felvázolt modell alkalmas a folyamat finomítására, a minőség fejlesztésére.

A folyamatábrán (3. sz. ábra – EK-MÜK. 00.1 folyamatábra - a nyomtatott folyóiratban megtalálható) megjelölt mérésazonosító pontok jelzik a folyamat vizsgálandó minőségi kritériumait. A vonatkozó standardok és az ellenőrzések meghatározása a protokoll részét képezik (1. táblázat). Az elvégzett vizsgálatok rögzítésére a kritérium mérési és ellenőrző lapok szolgálnak. (2. sz. melléklet)

Baranya Megyei Kórház	00. KIDOLGOZOTT MINTA PROTOKOLL BETEGÉLELMEZÉSI ELJÁRÁS AZ ÁPOLÁSI TEVÉKENYSÉGEN BELÜL	MSZ EN ISO 9001:1998 EK-MÜK. 00 Kiadás: 1 Módosítás: 0 Oldal: 1
------------------------------	---	--

Tartalom:**00.1.Cél**

A betegélelmezés folyamata az ápolási tevékenység keretein belül biztosítja a felvett és bentfekvő betegek részére az étkezés lehetőségét. Az egyéni szükségletek figyelembevételével gondoskodik a meghatározott mennyiség, összetételű és minőségű étrendek kiválasztásáról, megrendeléséről. Az ételt kellő időben, optimális hőfokon és higiénés körülmények között a rendelésnek megfelelő beteghez juttatja. Megteremti az étkezéshez alkalmas környezetet. A beteg előkészítése után segítséget nyújt az étkezésnél. A tevékenység befejezését követően gondoskodik az elvárható rend visszaállításáról és tájékozik a beteg elégedettségéről. Kapcsolatot teremt a beteg, valamint az élelmező team között, mely a rugalmas változtatás lehetőségét is magában foglalja.

00.2 Érvényességi terület

A Baranya Megyei Kórház fekvőbeteg osztályai.

00.3. MeghatározásokA minőség fogalmának meghatározása

A célérés foka: a megtettnek a megtehetőhöz, az elértnek az elérhetőhöz való viszonya.

A kritérium fogalmának meghatározása

A szolgáltatás elvart, vagy megkívánt minőségét kifejező mérhető megnyilvánulás (jellemző).

A standard fogalmának meghatározása

A kritérium mérési skáláján megjelölt pont, amely a minőség elfogadható minimumát jelzi.

Az indikátor fogalmának meghatározása

A szolgáltatás olyan mérhető jelensége, amely a teljesítés hatásosságát jelzi.

A protokoll meghatározása

Adott orvosi eljáráshoz, ápolási, illetve kórházüzemi folyamathoz szükséges tevékenységek rendszerezett listája, amely a minimális standard érvényesülését szolgálja.

00.4. Hivatkozások

Az 1997. évi CLIV törvény, 119-122§

Az 1998. évi XXXVII törvény 1 § (3)

00.5. Az eljárás leírása

A folyamat az alábbi fő elemekből áll:

- Szükséglet felmérés
- Az étrend elrendelése
- Ételrendelés elkészítése
- Ételrendelés eljuttatása élelmezésre
- A beteg és környezetének előkészítése
- Tálalás
- Segédkezés az étkezésnél
- A beteg étkezés alatti megfigyelése
- Étkezés utáni teendők
- Ápolási dokumentáció aktualizálása
- Tájékoztató a betegelégedettségéről
- Táplálkozási tanácsadás

00.6. Vizsgálandó minőségi kritériumok és standardok

Az Elektronikus Értekezlettel támogatott és konszuszusra alapozott kritériumokat.

Az EK-MÜK. 00.4 sz. kapcsolódó dokumentum részletezi.

00.7. Kapcsolódó dokumentumok

EK-MÜK. 00.1 Folyamatábra

EK-MÜK. 00.2 Tevékenységek leírása

EK-MÜK. 00.3 Tevékenység – Felelősségi szint / forma kapcsolati tábla

EK-MÜK. 00.4 A folyamat vizsgálandó minőségi kritériumai és standardjai

EK-MÜK. 004-M1 szükségletfelmérő adatlap

EK-MÜK. 004-M2 ételrendelés megfelelőség adatlap EK-MÜK. 004-M3 ételrendelés időbeniségét felmérő adatlap EK-MÜK. 004-M4 betegkörnyezet megfelelőségét értékelő adatlap EK-MÜK. 004-M5 betegeledettség szóbeli értékelését támogató adatlap			
Készítette: Németh Istvánné ápolási ig.h. Dr. Tóth Zoltán min. b.m.b. főorvos	Ellenőrizte: Dr.Németh Gézané ápolási igazgató	Jóváhagyta: Horváth Zoltán főigazgató	Jóváhagyás dátuma: 2000. 03. 20.

1. melléklet - Betegélelmezési eljárás az ápolási tevékenységen belül

EK-MÜK. 00.4 A folyamat vizsgálandó minőségi kritériumai és standardjai

Mérés azonosító	Kritérium	Standard	Ellenőrzés módja
M1	Szükséglet felmérés megtörténte	A szükséglet felmérésnek a felvétel napján meg kell történnie és azt az Ápolási dokumentációban rögzíteni kell. A vizsgált minta 100%-os megfelelése a standard.	10 ápolási dokumentáció ellenőrzése havonta egységenként, szignálás, értékelés, visszajelzés.
M2	Az ételrendelés megfelelősége az elrendelt diétával	Az elrendelt ételnek a lázlapon rögzített diétával egyeznie kell. A vizsgált minta 100%-os megfelelése a standard.	10 lázlap összevetése a napi rendeléssel havonta egységenként, szignálás, értékelés, visszajelzés.
M3	Az ételrendelés időbeni eljuttatása az élelmezésre	Az időben küldött rendelések (pót és lerendelések száma) egységenként min. 90%	Beküldési időpontok meghatározása. Élelmezésvezető regisztrálja a beérkezéseket, értékelés, visszajelzés.
M4	Betegkörnyezet megfelelősége	A betegkörnyezet helyszíni szemléje alkalmával a “Megfelelt” minősítésnek minimum az értékelt helységek 90%-ára teljesülnie kell.	Egységenként rendszeresen végzett (minimum havonta) ellenőrzések. A helységek tisztaságát, a betegágyak rendezettségét, a beteg ruha és beteg tisztaságát komplex módon “Nagyon rossz” - “Megfelelt” – “Nagyon jó” jelzővel helységenként minősítik értékelő lapon.
M5	Betegelégedettség	Szóbeli ellenőrző megkérdezésekkor és adatlapos felméréskor min. 66%-os pozitív vélemény.	Helyszíni ellenőrző interview-k minimum havonta számlálólapos rögzítéssel, illetve adatfelmérés a felső vezetés döntése alapján.

1. táblázat - A folyamat vizsgálandó minőségi kritériumai és standardjai

EK-MÜK. 00.4-M5 Kritérium mérési és ellenőrző lap (betegelégedettség – szóban)

Vizsgált egység			Vizsgálat kelte	
A szóban megkérdezett beteg elégedett az élelmezés folyamatával ? Igen – Nem Kérjük megkérdezett betegenként a megfelelő választ "X"-el bejelölni, majd a táblázat alján oszloponként az "X"-es válaszokat összesíteni.				
Beteg Sorsz.	Igen	Nem		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
Össz.:			A megfelelőség indikátora = "Igen"-ek száma :10 (pl. 7:10= 0.7)	

Kérjük, hogy az ellenőrzés tényét a Vizitfüzetben, vagy Feljegyzés formájában rögzítse (Feljegyzés esetén 1 példányt az egységnél adjon le).

FONTOS, hogy a kapott eredményeket kiértékelje, az érintetteket visszainformálja és nem megfelelőség esetén dolgozzon ki korrekciós intézkedést és rögzítse azt írásban (további részletes információ gyűjtés, oktatás, javító tevékenység...stb.)

Vizsgálatot végző(k) neve, aláírás

2. melléklet - Kritérium mérési és ellenőrzési lap

Kulcsfogalmak, - technikák

Elektronikus értekezlet rendszer (EMS): lokális hálózat, ahol a számítógépek U alakban vannak elhelyezve. Az értekezlet résztvevői a PC-n keresztül kommunikálnak azzal a lehetőséggel, hogy valamennyien egyszerre adják elő véleményüket. A monitorokon és egy nagy, közös képernyőn láthatók az információk.

Az értekezletet technikai vezető (facilitátor) koordinálja. Munkaállomása szintén egy computer, mely központi szereppel bír. (2)

Collaborative computing: computerrel támogatott együttműködés. (2)

Protokoll: adott kezeléshez, beavatkozáshoz, ápoláshoz, kórházi feladat ellátáshoz szükséges események, tevékenységek rendszerezett listája, mely a megkívánt vagy minimális standard érvényesülését szolgálja. (1)

Standard: elfogadott mérték, amihez viszonyítanak.

Kritérium: mérhető feltétel.

Indikátor: mennyiségi mutatószám, mely méri az elvégzett tevékenységet. Segítségével az ellátás minősége figyelhető, értékelhető. (1)

Minőségmenedzsment: minden olyan tervezett és rendszeres intézkedés, mely kontrollálható módon hatással van a minőségre.

Irodalom

- Marr, H. – Gilling, H (1996) A minőség biztosítása az ápolásban. Fogalmak, módszerek és esettanulmányok. Semmelweis Kiadó Bp. 17 – 24.
- Dr. Tóth, Z. (1999) Stratégiai tervezés – támogatás elektronikus értekezlet (EMS) alkalmazásával. Eszközök és technikák a minőségügyben szakmai konzultáció előadása. OEP Biztosításpolitikai és Minőségbiztosítási Főosztály.

Köszönetnyilvánítás:

Ezúton köszönjük a modell kidolgozásában közreműködő munkatársak, a meghívott külső megfigyelők aktív részvételét, támogatását.

Külön köszönettel tartozunk Dr. Tóth Zoltán főorvosnak, aki tevékeny közreműködésével és az információtechnika biztosításával ismét segítette az ápolás ügyét.

[vissza a tartalomhoz](#) [vissza a fő oldalra](#)

Az ápolási folyamat visszatükröződése az ápolási dokumentációban: egy minőségbiztosítási módszer felhasználása a dokumentáció ellenőrzéséhez

*Botos Katalin, ápolási igazgató**

*Lukácsné Veress Enikő, diplomás ápoló**

Magyar Honvédség Központi Honvédkórház, Budapest

A vizsgálat célja:

Az ápolási dokumentáció megfelelő vezetését az ápolási szükségletek, jogi- és nem utolsó sorban gazdasági kényszerek követelik meg. A dokumentáció a beteg gyógykezelésével, ápolásával közvetlenül összefüggő tevékenységeket írásos formában rögzíti. A dokumentáció fogalmát sokszor helytelenül használják, illetve összetévesztik az adminisztráció fogalmával, amely nem kevésbé fontos, de a gyógyító munkával csak közvetett kapcsolatban álló dokumentációs tevékenységet jelent.

Célunk, hogy az ápolási dokumentáció valóban a betegre vonatkozó fontos tényeket rögzítse. Az ápolás jövőbeni gyakorlata a személyre szabott ápolás, amit az ápolószemélyzet tervez meg az orvosi diagnózis, a beteg szükségletei alapján felállított ápolási diagnózis, és a családtagok segítségével.

Mivel kórházunk minősítés előtt áll, 1996 óta folyamatosan készítettük fel intézetünk ápolóit, vezetőápolóit a dokumentáció vezetésére, az ápolási standardok betartására. Mindezeket előzetes felmérés, és tájékozódás alapján végeztük, amit ellenőrzések sorozata követett.

Az Egészségügyi törvényben előírt belső minőségügyi rendszer működéséhez kiemelt területnek tartjuk az adatgyűjtést, amely kapcsolódik az összes minőségbiztosítási programunkhoz.

Vizsgálati módszerek és minta:

Az ápolási dokumentáció ellenőrzése belső audit része volt, melyet intézményünkben erre a célra létrehozott csoport tagjai végeztek az általuk felállított minőségi standardok alapján. Kórházunk minden osztályán az ágyak számának 10%-ában ellenőriztük a dokumentációkat.

A belső minőségügyi rendszerünk működéséhez szükséges volt létrehozni az egységes adatgyűjtést, hogy az a többi minőségbiztosítási programunkhoz kapcsolódni tudjon.

Eredmények:

Az ellenőrzés az ápolási dokumentációk tükrében pontos képet, konkrét adatokat szolgáltatott a vezetés részére az ápolási folyamat gyakorlati alkalmazásának megfelelő, közepes, gyenge, néhol hiányos pontjairól. Az ápolási dokumentáció ellenőrzött adatainak összesítése rámutatott, hogy melyek az ápolószemélyzet által jól, hiányosan, vagy pontatlanul kitöltött kérdések.

Következtetések:

Az ápolási dokumentáció bevezetésével azonos időben szükséges az ápolási dokumentáció vezetésének eljárási utasítását is kibocsátani.

Ezzel a vizsgálattal megalapozottabbá és célirányosabbá tehető az intézményen belüli továbbképzés.

I. A probléma ismertetése

Az ápolási dokumentáció megfelelő vezetését az ápolási szükségletek, jogi- és nem utolsó sorban gazdasági kényszerek is igazolják és megkövetelik. A minőségi betegellátáshoz olyan ápolásra van szükség, amely a beteg szükségleteihez és igényeihez igazodva személyre szóló ellátást tesz lehetővé. A jövőbeni ápolás gyakorlata a személyre szabott ápolás, amit az ápolószemélyzet tervez meg az orvosi diagnózis, a beteg szükségletei illetve a család bevonásával felállított ápolási diagnózis alapján.

Az ápolási, gondozási tervet az orvosi diagnózis és a terápiás összefüggések tekintetében - a beteg kezelőorvosa hagyja jóvá. Ugyanakkor az ápolási gondozási tervet az ápoló önállóan készíti és hajtja végre. Ennek megfelelően az ápolási gondozási tevékenységről ápolási, gondozási dokumentációt kell vezetni, amely része az egészségügyi dokumentációnak. Ez az új ápolási gyakorlat különíti el a gyógyító és az ápolói szerepet egymástól az ápolási diagnózis felállításán keresztül.

Az ápolási dokumentáció bevezetését az Egészségügyi törvény (1997. évi CLIV. törvény 3§(p) 24§ (1)-(9) 98§ (1)-(5) által előírt dokumentációs kötelezettségnek való megfelelés biztosítása, valamint az 1997. évi XLVII. adatvédelmi törvény I., II. fejezet ide vonatkozó részei is indokolták.

II. Elméleti háttér és felhasznált fogalmak

A korszerű ápolás tényezői:

- preventív szemlélet
- egyénre szabott
- holisztikus
- folyamatos
- egészség orientált
- dokumentált
- modellre épített

Az ápolási folyamat EVSZ szerinti meghatározása

“Az ápolási folyamat az egyének, családok és / vagy közösségek egészsége érdekében végzett jellegzetes ápolási beavatkozások rendszerezésére alkalmazunk. Magában foglalja a tudományos módszerek alkalmazását a beteg / kliens, család vagy közösség egészségügyi szükségleteinek identifikálására. Magában foglalja továbbá a szükségletek kielégítésének megtervezését, az ápolás nyújtását és az eredmények értékelését. Az ápoló személyzet – együttműködésben az egészségügyi ellátási team többi tagjával és a kiszolgált egyénnel vagy csoporttal – meghatározza a célokat, felállítja a prioritásokat, identifikálja a szükséges ápolást és mozgósítja az erőforrásokat, ezután közvetlenül vagy közvetve ápolási szolgáltatást nyújt. Ezt követően értékeli az eredményeket, az eredményekből származó információ visszacsatolását és kezdeményezi a kívánatos változtatásokat a további beavatkozásokban, hasonló ápolási, gondozási szituációkban. Ily módon az ápolás egy dinamikus folyamattá válik, mely alkalmas az adaptációra és fejlődésre.” (4)

Minőségbiztosítás

A minőségbiztosítás az ápolás egészét átfogó folyamat, amely nemcsak az ápolók pillanatnyi teljesítményére kell alkalmazni, hanem a környezeti körülményekre is, amelyek között az ápolás zajlik. (1)

A minőség felmérése

A standardok és kritériumok segítségével lehet jellemezni azt a megkövetelt minőséget, amelyhez a ténylegesen fennálló minőséget aztán mérni lehet. A felmérés oly módon történik, hogy a kívánattal összehasonlítjuk a valóságos helyzetet. (1)

Vizsgálat (audit)

“A betegellátás minőségének rendszeres, “kritikus elemzése”. Ez a kifejezés olykor információgyűjtést jelent, tehát a minőségbiztosítási folyamat felmérési szakaszát. Máskor viszont a változásra vagy fejlesztésre való készséget értjük alatta. (1)

Belső felmérés (belső minőségbiztosítás)

A felmérést az intézmény személyzetének tagjai végzik, saját kidolgozású minőségi standardok alapján. (1)

III. A vizsgálat célja

A következő kérdésekre kerestünk választ:

- A dokumentáció valóban személyreszabott?
- Az ápolási folyamat követhető a dokumentációban?

Az Egészségügyi törvényben előírt belső minőségügyi rendszer működéséhez kiemelt területnek tartjuk az adatgyűjtést, mely kapcsolódik az összes minőségbiztosítási programunkhoz. Ennek szellemében az ápolási dokumentáció ellenőrzése után az ápolási dokumentáció vezetéséhez kapcsolódó eljárási utasítást és standardot dolgoztuk ki. Mivel kórházunk minősítés előtt áll, 1996 óta folyamatosan felkészítettük intézetünk ápolóit, vezető ápolóit a dokumentáció vezetésére, a standardok betartására, melyet felmérés, tájékozódás előzött meg, valamint ellenőrzések sorozata követett.

IV. Vizsgálati módszerek és minta

Vizsgálati módszer: retrospektív adatgyűjtés.

Vizsgálati minta: 20 fekvőbeteg osztály ágyszámának 10%-ában ellenőriztük a dokumentációkat.

Általános áttekintést követően egy részletes, minden adatra kitérő tételes ellenőrzést alkalmaztunk. A részletes ellenőrzés során minden egyes adatot pontoztunk. A pontok értékei az alábbiakat jelentették:

- 1 pont: hiányos adatfelvétel,
- 2 pont: rossz kitöltés,

3 pont: részben jó kitöltés,

4 pont: megfelelő kitöltés.

A 20 fekvőbeteg osztály ápolási dokumentációjának pontozott összesítését az 1-2. táblázat (a nyomtatott folyóiratban megtalálható) szemlélteti. Az elérhető pontszám osztályonként 144, a kiegészítő dokumentációkkal 152 pont.

Az osztályok ápolási dokumentációjának értékelése a következő pontszámok szerint történt:

- 110 felett megfelelő
- 91 -109 részben jó
- 73 -90 rossz
- 72 alatt hiányos

Mivel a minőségbiztosítás ciklikus folyamat, ezért megismételt ellenőrzéseket végzünk, melyek tapasztalatait felhasználjuk ápolás minőségének mérésére is.

Az újabb belső audit során a dokumentált tevékenységek elemzéséből megállapítható volt az ápolási és a gyógykezelési tevékenység %-os megoszlása, hiszen ez a minőség javításának elengedhetetlen feltétele.

V. Eredmények

Az adatok elemzéséből a következőket tapasztalatokat szűrtük le:

Hiányosságot tapasztaltunk az adatfelvételek esetén: (1 - 5)

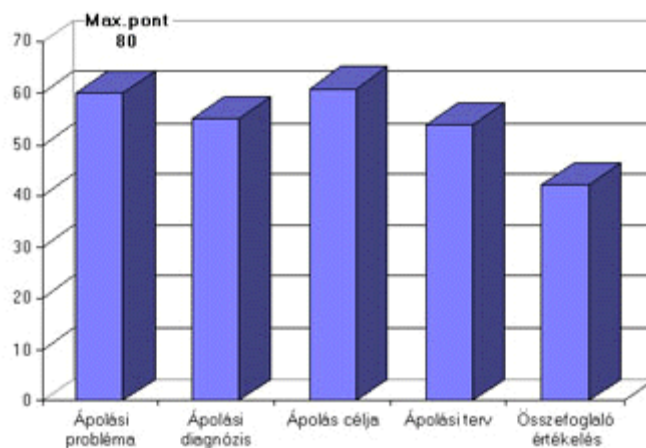
- Aláírás hiánya a beteg részéről (adatszolgáltatás: 46)
- Szociális helyzetfelmérés hiányosságai
- A felvételt végző ápoló aláírása (dátum, óra, perc) hiányzott (a maximális pontszám 80, ebből 50 pontot értek el).

A beteg általános állapotára vonatkozó kérdések esetében az (6 - 24)

- Étrend
- Allergia
- Tudatállapot kérdései okoztak problémát

Az egyénre szabott ápolásra vonatkozó kérdések esetén az (25 - 34)

- Ápolási diagnózis felállítása
- Ápolási terv felállítása okozott nagyobb problémát, mely a 1. ábrán is érzékelhető. A maximális pontszám 80, ezt egy osztály sem érte el.

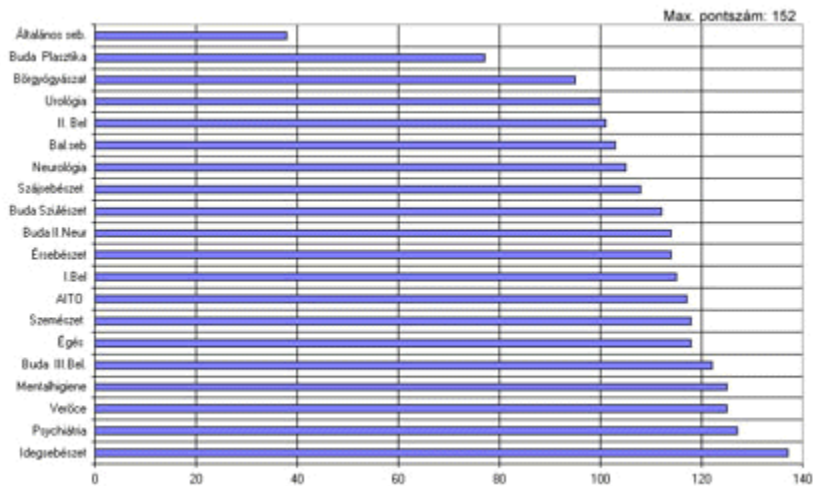


1. ábra Ápolási terv ellenőrzött adatai

A kiegészítő dokumentumok esetén az: (35 - 38)

- Értékleltár (26 pont)
- Műtéti betétlap (19 pont)
- Távozási lap (26 pont)
- Áthelyezési betétlaponál is tapasztalhatók a hiányosságok. (34 pont)

Az ellenőrzés befejezésével az osztályok adatai alapján, az összesített pontszámok szerinti a rangsort a 2. ábra szemlélteti.

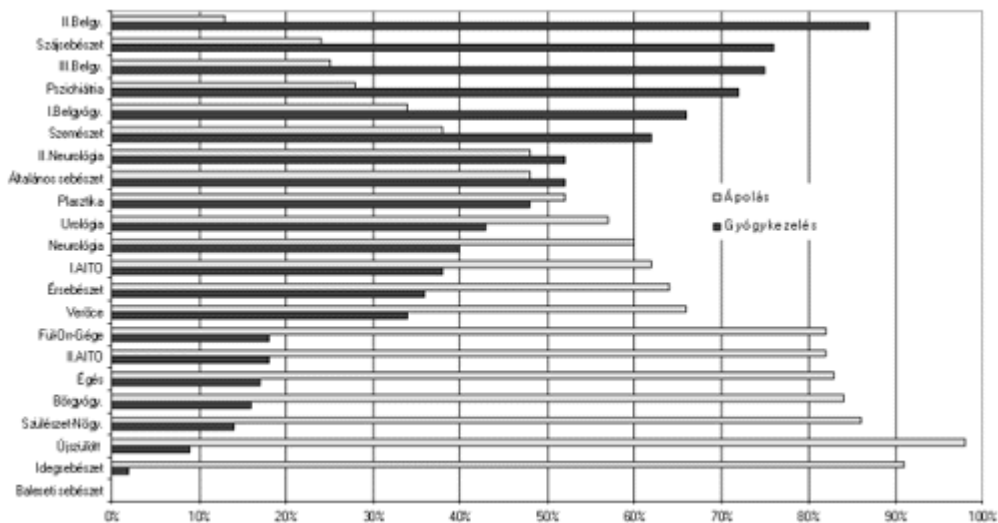


2. ábra - Ápolási dokumentáció ellenőrzés adatai, osztályok rangsora szerint

A felállított ponthatárok alapján az egyes osztályok értékelése az alábbiak szerint alakult:

Ponthatárok	Minősítés	%
110	jó	60 %
91-109	részben jó	25 %
73-90	rossz	10 %
72 â	hiányos	5 %

Ápolási és gyógykezelési tevékenységek megoszlását a 3. ábra mutatja be.



3. ábra Osztályok sorrendje ápolási tevékenység szerint

A gyógyítás gyakorlatában ismert, hogy ápolóink "szívesen és örököltén" végeznek orvosi kompetenciába tartozó (átruházható) tevékenységet. Az ellenőrzés során ismét megerősítést kaptunk arról, hogy ott, ahol a betegösszetétel ápolási szükséglete magas, ápolóink több időt fordítanak a "gyógyító tevékenységek" elvégzésére. A dokumentáltság szerint az ellenőrzött osztályok fele viszont jó minősítést ért el az ápolási tevékenység minőségére vonatkozóan.

VI. Következtetések

1. Az ellenőrzés konkrét adatokat szolgáltatott az ápolásvezetés részére, az ápolási folyamat gyakorlati alkalmazásának jó, közepes, gyenge, és néhol hiányos pontjairól.
2. Az ápolási dokumentáció ellenőrzött adatainak összesítése megmutatta, hogy melyek az ápolószemélyzet által hiányosan vagy pontatlanul kitöltött adatok, illetve melyek az idő, szakmai tudás, és gyakorlat hiányára visszavezethetők.
3. Az ápolási dokumentáció felülvizsgálata után átdolgozásra került az ápolási lap és annak eljárási utasítása.
4. Az ellenőrzésből megállapítható, hogy az ápolók részére szükséges egy teljes körű elméleti és gyakorlati továbbképzés. Ahhoz, hogy érvényesüljön a személyre szabott ápolás, és ahhoz, hogy eleget tegyünk a törvényi előírásoknak, a feltárt hiányosságok javítására kiemelt hangsúlyt kell fektetnünk.

A vezetés részéről megállapítást nyert, hogy ápolóink érzékelik és értik a dokumentáció szükségességét, de a dokumentáció naprakész vezetésének akadályai, az időhiány, jogos érvnek tűnik.

Irodalom

1. Heather Marr - Hannie Giebing: A minőség biztosítása az ápolásban 18, 23 -24, pp. 62-67.
2. Nővér 1992. 5. 6.,13-14.
3. 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről, 98§ (3)-(4)-(5) bekezdés
4. Gyulai Teodóra: Az ápoláselmélet - ápolásfilozófia, HIETE, 1999. 58-59.

[vissza a tartalomhoz](#) [vissza a fő oldalra](#)

A tájékoztatás és a kezelés visszautasításának problémája a szülészeti ellátás során

*Dr Rákócziné Krümer Ágnes, klinikai főnővér
Semmelweis Egyetem Kútvölgyi Klinikai Tömb
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikai Csoport*

A vizsgálat célja

A vizsgálat célja: képet kapni arról, hogy az új Egészségügyi törvény hatályba lépése a mindennapi munkában mennyiben valósul meg.

Vizsgálati módszerek és minta

Kérdőíves módszerrel történő adatfelvétel egyes kórházak gyermekágyas osztályain, illetve olyan édesanyák körében, akik már a törvény hatályba lépése után szültek.

Eredmények

A betegek tájékoztatása a beavatkozáshoz és kezeléshez ma már elengedhetetlen feladat.

Jogaival azonban csak az a személy tud élni, aki tisztában van ennek a lehetőségével. A betegek - szülők nagy része nem ismeri jogait és lehetőségeit, illetve ha ismeri is, kiszolgáltatott helyzeténél fogva nem mer élni vele.

Következtetések

A törvény megjelenése önmagában nem változtatja meg az egészségügyi ellátásban résztvevők magatartási szokásait. Az egészségügyi ellátással kapcsolatos elégedetlenségnek a csökkentése érdekében az egészségügyi dolgozóknak számos tennivalója van. Ennek egyik fontos eleme a betegjogok ismerete és azok alkalmazása a mindennapi gyakorlat során.

Az utóbbi évek társadalmi változásai az egészségügyet sem kerültk el. Az alapvető emberi jogokat illetve a szabadságjogokat az egészségügyi ellátással kapcsolatban is újrafogalmazták. Az 1972-es egészségügyi törvény szinte csak a betegek kötelességeiről szól és az orvos utasítási jogáról beszél, ezzel az orvos fölérendeltségét sugallja a beteggel szemben. Az egészségügy „gépezetébe” bekerült ember méltán érezhette magát jogfosztottnak, hiszen a saját magával kapcsolatos döntési folyamatba nem vonták be, tájékoztatása hiányos volt,

minden tekintetben az egészségügyi személyzet kiszolgáltatottjává vált, a szigorú szabályokat azonban be kellett tartania.

Ennek a helytelen gyakorlatnak a megváltoztatásában, az ellátás minőségének a javításában és ezáltal a betegek elégedettségének a növelésében nagy szerepet játszott a betegjogok elismerése, amelynek a 97. évi Egészségügyi törvény végleges formát adott. A konkrét változás természetesen a törvény hatálybalépésével nem azonnal zajlik le.

A szülésznők a munkájuk kapcsán olyan eseménynél nyújtanak segítséget, amely évezredekken keresztül nem a kórházak falai között zajlott, hanem az élet természetes része volt, családi esemény. Az orvostudomány fejlődésével ez a családi esemény az otthonokból a technikailag jól felszerelt, nagyobb biztonságot nyújtó kórházakba került, ugyanakkor elveszítette természetes jellegét, személytelessé vált. A nők elveszítették a gyermekszülés feletti befolyásukat.

Gyakorlati munkám kapcsán sokszor adódott alkalmam az anyákkal beszélgetni a szüléssel kapcsolatos élményekről. Minden nő életének kiemelt eseménye a szülés. Hosszú évekkel később is pontosan emlékeznek az akkor történetekre, az orvos és az egészségügyi személyzet magatartására, a bánásmódra, a megfelelő vagy hiányos tájékoztatásra.

Vizsgálat célja, hipotézisek

A vizsgálatom célja volt képet kapni, hogy a szülészeti ellátásban milyen mértékben érvényesülnek a betegjogok. Tudnak-e az új Egészségügyi törvény megjelenéséről, ismerik-e tartalmát? A szülésre váró nők tudják-e lehetőségeiket, és ha igen, milyen mértékben élnek ezzel? Tisztában vannak-e a tájékozott beleegyezés és a tájékozott visszautasítás fogalmával? Szívesen döntenek-e magukról és gyermekükről önállóan, orvosi irányítás nélkül?

Tapasztalataim alapján az alábbi hipotéziseket igazolását tűztem ki célul:

- A páciensek *nem ismerik* az új Egészségügyi törvényt.
- Feltételezésem szerint amennyiben tudnak róla, akkor *sem ismerik pontosan a tartalmát*.
- Véleményem szerint a páciensek *nem ismerik törvényadta jogaikat*.
- A páciensek *nem tudják, hogy mikor és milyen arányban élhetnek a visszautasítás jogával*.
- Szívesebben bízzák a döntést a kezelőorvosra és ezzel a hagyományos paternalista szemlélet él tovább.

Vizsgálatomat saját kidolgozású kérdőívek segítségével végeztem. A kérdések első csoportja az egészségügyi törvénnyel és a betegjogokkal kapcsolatos. Rákérdeztem a tájékozott beleegyezés és a tájékozott visszautasítás fogalmainak ismeretére is. A kérdőívet az 1. ábra mutatja be.

Kérdőív 1.

- Tudja-e mikor jelent meg az új Egészségügyi törvény?
- Olvasta vagy ismeri-e tartalmát?
- Ismeri-e a betegek jogait?
- Tudja-e mit jelent a tájékozott beleegyezés?
- Tudja-e mit jelent a tájékozott visszautasítás?

1. ábra

A kérdések második csoportja az egészségügyi intézmény megválasztásáról (és a szakmai körökben oly sok vihart kavaráó otthonról) valamint a terhesség alatti szűrővizsgálatokról és a terápiás abortuszról kérdezi az anyákat (lásd 2. ábra).

Kérdőív 2.

- Ön szerint van-e joga a nőknek a szülészeti ellátás megválasztására, például visszautasítani a kórházi ellátást és otthon szülni?
- Véleménye szerint visszautasíthatja-e az anya a terhesség alatti ultrahang

vizsgálatot?

- Ön szerint kötelezhető-e az anya terhesség alatti szűrővizsgálatokra, mint például (vérből) AFP? magzati velőcsőzáródási rendellenesség kimutatása, valamint HbsAg? az anya hepatitis hordozásának kimutatására?
- Hozzájárulna-e magzatvíz mintavételhez egy genetikai vizsgálat elvégzéséhez?
- Véleménye szerint elvégezhető-e bizonyítottan rendellenes (életképtelen vagy súlyosan fogyatékos) magzat esetén az abortusz?

2. ábra

A harmadik, egyben legnagyobb kérdés csoport a vajúdas és a szülés körülményeivel foglalkozik, úgymint: beöntés, borotválás, szülés alatti testhelyzetek, burokrepszítés, fájáserősítés, hozzátartozó jelenléte a szülőszobában, gátmetszés, szülésbefejező műtétek (lásd 3. ábra).

Kérdőív 3.

- Milyen körülmények között van joga az egészségügyi személyzetnek a szülés megindulása után a szeméremszőrzet leborotválásához?
- Véleménye szerint indokolt-e minden szülőnőnek beöntést adni beleegyezés nélkül kórházi szokásra hivatkozva?
- Van-e joga az egészségügyi személyzetnek a vajúdas alatti és szülési testhelyzetek korlátozására?
- Elfogadható eljárás Ön szerint a magzataburok műszerrel való megrepszítése?
- Hozzájárulna-e a szülés megindításához?
- Van-e joga az egészségügyi személyzetnek a saját megfontolása alapján gyógyszeres fájáserősítést alkalmaznia?
- Ön szerint kizárhatja-e az egészségügyi személyzet a szülőnő hozzátartozóját a szülőszobáról?
- Kérheti-e a szülőnő, hogy a szülés kitolási szakában ne végezzenek gátmetszést?
- Beleegyezne-e egy szülésbefejező műtétbe?
- Visszautasítaná-e a császármetszést, ha azt nem akut esetben végeznék

3. ábra

Eredmények

Az új Egészségügyi törvény 1998. július elsejével lépett életbe. Az erre vonatkozó kérdésekre a kérdőívet kitöltők egy harmada válaszolta több-kevesebb pontossággal, hogy ismeri a törvény megjelenésének időpontját. Az Egészségügyi törvény tartalmát azonban még kevesebben ismerték. Azok közül, akik tudtak ugyan a törvény hatályba lépéséről, csak a fele ismeri és olvasta ennek tartalmát (lásd. 4. ábra).

Kérdés	Tudja/ ismeri	Nem tudja/ nem ismeri
Egészségügyi törvény megjelenési ideje	33%	67%
Egészségügyi törvény tartalmának ismerete	17%	83%

4. ábra

A tájékozott beleegyezés és a tájékozott visszautasítás fogalmára vonatkozó az ismeretére adott válaszokat a 5. ábra ismerteti.

Kérdés	Tudja/ ismeri	Nem tudja/ nem ismeri
Tájékozott beleegyezés fogalmának ismerete	57%	43%

Tájékozott visszautasítás fogalmának ismerete	52%	48%
---	-----	-----

5. ábra

A beteg orvosi beavatkozásokba történő beleegyezése vagy ennek elutasítása egy önként meghozott, nem kierőszakolt döntés, melynek alapja a megfelelő informáltság és átgondolás. Fontos, hogy a beteg partner lehessen a személyével kapcsolatos döntési folyamatokban. Ma már az általános, egyszeri beleegyezés nem elfogadható, minden egyes beavatkozásba külön-külön kell beleegyeznie a betegnek. A tájékoztatás éppen ezért egy folyamatnak tekinthető, amely a hatékony orvos/egészségügyi személyzet és beteg kommunikáció része.

A betegnek a beleegyezését írásban kell adnia (lásd 6. ábra). Orvosi beavatkozást, kezelést, nagykorú, cselekvőképes személy visszautasíthat. A betegnek - aki végső soron a döntés joga - azonban tudnia kell, hogy a kezelés/beavatkozás visszautasítása milyen következményekkel jár.

Tájékoztatás

- Önként meghozott, nem kierőszakolt döntés
- Megfelelő informáltság
- Megfelelő idő az átgondolásra
- Partneri kapcsolat
- Írásos rögzítés

6. ábra

A szülészeti gyakorlatban különösen gyakran és súlyosan vetődik fel a visszautasítás, illetve a korlátozás kérdése. Mikor és milyen mértékben érvényesülnek az anya jogai a magzatával szemben? Milyen orvosi magtartást kell tanúsítani például súlyos betegségben szenvedő terhes anya esetén? Önrendelkezésében korlátozható-e, kényszeríthető-e „anyai inkubátor” szerepre? Kinek áll jogában eldönteni, hogy kinek az önrendelkezési joga jusson érvényre: az anyáé vagy a magzaté? Van-e joga az anyának visszautasítani a terhesség alatti szűrővizsgálatokat, magzatának méhen belüli vizsgálatát - kezelését, hiszen ezzel az ő testi integritását is megsértik? Vajúdás és szülés alatt milyen beavatkozásokat kell elviselnie magzata érdekében? Vállalhatja-e a visszautasítás esetleges következményeit, jogilag felelősségre vonható-e? A fenti kérdések is arra utalnak, hogy a kezelés visszautasításának a jogi szabályozása lényegesen egyszerűbb, mint az etikai kérdéseké (lásd 7. ábra).

A visszautasítás jogi szabályozása

- 13§ (2) Az önrendelkezési jog gyakorlása keretében a beteg szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, illetve annak során mely beavatkozások elvégzésébe egyezik bele, illetve melyeket utasít vissza...
- (6) A beteg a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezését bármikor visszavonhatja...
- 17§ (2) A beteg beleegyezésére nincs szükség abban az esetben, ha az adott beavatkozás vagy intézkedés elmaradása mások - ideértve a 24. hetet betöltött magzatot is - egészségét vagy testi épségét súlyosan veszélyezteti...
- 20§ (6) A beteg nem utasíthatja vissza az életfenntartó kezelést, ha várandós és előreláthatóan képes a gyermek kihordására.

7. ábra

A vizsgálat eredményei alapján elmondható, hogy egészségügyi szolgáltatást igénybe vevők - nem feltétlenül betegek - nem ismerik a törvény tartalmát, nem ismerik az őket megillető jogokat. Ezt a válaszok konkrétan is megerősítik: a betegek véleménye az, hogy a különböző beavatkozások esetén az orvos vagy egészségügyi személyzet joga eldönteni annak elvégzését. A táblázatban szereplő beavatkozások mindegyikéhez a szülőnek beleegyezését kell kérni megfelelő tájékoztatás után. Egyetlen kivétel van: a szülésbefejező műtét, ha arra akut esetben a magzat érdekében kerül sor. Ilyenkor nem szükséges az anya beleegyező nyilatkozata (lásd 8. ábra).

A 9. ábra a különböző beavatkozások visszautasítási arányát mutatja. A terhesség alatti ultrahang-vizsgálat esetén volt a legmagasabb ez az arány, bár többen megjegyezték, hogy a megszületendő gyermekük érdekében nem biztos, hogy élne a visszautasítással. A szülés alatti testhelyzetek korlátozásának visszautasítása (32%), a borotválás (22%), és a felsorolt többi beavatkozás 20% alatt van! Ezek az eredmények részben bizonyítják feltevésem helyességét, mely szerint a páciensek nem tudják, hogy mikor és milyen arányban élhetnek a visszautasítás jogával.

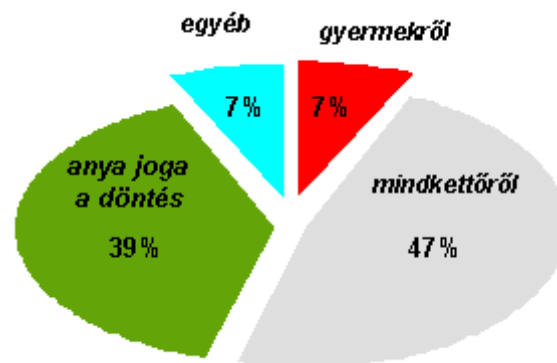
Az utolsó feltevésem helyességét, mely szerint a nők szívesebben bízzák a döntést a kezelőorvosukra, a 10. ábra igazolja. Az anyák mindössze 39%-a tartja fenn magának a döntés szabadságát, a többiek lemondanak róla.

Beavatkozás	Orvos/egészségügyi személyzet joga eldönteni
Borotválás	39%
Beöntés	53%
Szülési testhelyzet	66%
Burokrepesztés	30%
Szülésindítás	96%
Fájáserősítés	33%
Gátmetszés	50%
Fogó/vacuum műtét	15%
Császármetszés	36%

8. ábra

Beavatkozások	Visszautasítók aránya
UH vizsgálat	43%
Magzatvíz vizsgálat	2%
Terápiás abortusz	4%
Borotválás	22%
testhelyzetek korlátozása	32%
Szülésindítás	4%
Fájáserősítés	4%
Császármetszés (nem akut esetben)	15%

9. ábra



10. ábra Vélemény a kezelőorvos döntési jogköréről
N=80 (100%)

Megbeszélés, konklúziók

Vizsgálatom konklúziója, hogy az Egészségügyi törvény megjelenése önmagában nem változtatja meg az egészségügyi ellátásban résztvevők magatartását. Mindkét félnek meg kell ismernie jogait és kötelezettségeit. A szülészeti osztályoknak saját tevékenységükről betegtájékoztatókat kellene készíteni, amelyeket már a terhesgondozás alatt megkaphatna a várandós nő. Így elég ideje lenne, hogy

felkészüljön a szülés folyamatára, kérdéseit még nyugodt körülmények között beszélheti meg a kezelőorvosával, az ápolószeméllyel, a szülésznővel. A terhesség megállapításakor a védőnő által kiállított várandós anyák gondozási könyvében is szerepelhetnének az Egészségügyi törvény azon részei, amelyek a szülés jogi környezetére vonatkoznak. A megfelelő kommunikáció (amely az egészségnevelésen keresztül a beteg pontos tájékoztatásáig tart) az egyik legfontosabb tényező, mert javítja az egészségügyi személyzet és a beteg viszonyát, ezáltal mindkét fél számára elégedett partneri kapcsolatot teremt, hiszen:

“Csak egy olyan társadalom állampolgára képes arra, hogy élet és halál kérdésében felelősen döntsön, akit születésétől fogva megtiszteltek azzal, hogy figyelembe vették autonómiáját, döntési szabadságát.” (Rozsos Erzsébet)

Irodalom

1. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. Népjóléti Közlöny, 1997 1. szám 14.-67.
2. A Magyar Köztársaság Alkotmánya. Somogyország Kiadó. Kaposvár, 1989.
3. Ádám György: Az orvosi lelkiismeret szabadságának jogáról. *Lege Artis Medicinae*, 1991, 1, 864-871.
4. Az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának állásfoglalása a betegeket a gyógykezelés során megillető tájékoztatási és beleegyezési jogról. Népjóléti Közlöny, 1994. 18. szám 1561.old.
5. Benjamin M.-Curtis J.: *Etika az ápolásban*. Budapest, 1991.
6. Berentey György: Informed consent - „élő végrendelet”. *MOTESZ-magazin* 1993/3. 6-7.
7. Blasszauer Béla: A betegtájékoztatás etikája. *Egészségnevelés*, 24. 24-28 1983.
8. Blasszauer Béla: *Orvosi Etika*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 1995.
9. Gangler Zoltán, Gárdai Miklós, Szarka Géza, (szerk.) *Filozófia-egészségügyi etika* szöveggyűjtemény az Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai hallgatói számára, OTE
10. Gárdai Miklós: *Etika az Egészségügyben*. Jegyzet Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 1992.
11. Hársing László: *Bevezetés az etikába*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 1997.
12. Honsell, Heinrich: *Jogi kérdések az orvos tájékoztatási kötelezettsége*. *MOTESZ-magazin*, 1993, 4. 10.-16.
13. Jobbágyi Gábor: *A méhmagzat életjoga. - Az abortuszlegalizáció konfliktusa*, Budapest, 1994.
14. Jones, Shirley R.: *Etika a szülésznői tevékenységben* Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 1997.
15. Kovács József: *A modern orvosi etika alapjai*. Bevezetés a bioetikába. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 1997.
16. Kovács József: *Az orvosi beavatkozásokba való „tájékozott beleegyezés” elve a modern orvosi etikában 1.rész*. *Lege Artis Medicinae*, 1993, 3, 590-598.
17. Kovács József: *Az orvosi beavatkozásokba való „tájékozott beleegyezés” elve a modern orvosi etikában 2.rész*. *Lege Artis Medicinae*, 1993, 3, 688-96.
18. Lőrincz Jenő: *A betegek jogállása*. SubRosa Kiadó, Budapest, 1995.
19. A Kormány 117/1998 (VI.16.) Korm. Rendelete egyes egészségügyi eljárások visszautasításának részletes szabályairól. *Magyar Közlöny*, 1998. 52. szám, 4319-21.
20. Mertz Tibor: *Abortumok terápiás felhasználása és a modern orvosi beavatkozások etikájának ellentmondásai*. *Orvosi Hetilap*, 124/1983, 39/2401-2.
21. Paksy M. - Jobbágyi G.: *A Pacem in Utero Egyesület beadványa az Alkotmánybírósághoz*. *Fundamentum*, 1998. II. évf. 3.szám
22. Rozsos Erzsébet: *Egészségügyi etikai példatár*. Jegyzet HIETE Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 1996.
23. Sándor Judit: *Hogyan érvényesülhet a hozzájárulás elve a magyar egészségügyi rendszerben*. *Lege Artis Medicinae*, 1994, 4.évf.,1.szám, 84-87.
24. Sándor Judit: *Gyógyítás és ítélkezés*. Orvosi „műhiba” perek Magyarországon. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 1997.
25. Scanlan Kate: *A magyar nők egészségvédelme - a Project HOPE programja*. 2. rész. Tájékoztatáson alapuló beleegyezés. A beteg és az ellátó személyzet. *Nővér*, 1994, 7.évf., 1.szám, 47-50.
26. Szociológiai szöveggyűjtemény. Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 1994.
27. Törő Károly: *A meg nem született magzat személyiségvédelme*. *Lege Artis Medicinae*, 1991, 2, 134-7.
28. Új Egészségügyi törvény. *Népegészségügy*, 53.évf.. 2.szám. 65-67. 1972.

[vissza a tartalomhoz](#) [vissza a fő oldalra](#)

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

“A tájékoztatáshoz való jog

13.§ (1)A beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra.

(2) A betegnek joga van arra, hogy részletes tájékoztatást kapjon

a) egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is,

b) a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,

c) a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól,

d) a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól,

e) döntési jogáról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,

f) a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,

g) az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,

h) a további ellátásokról, valamint

i) a javasolt életmódról.

(3) A betegnek joga van a tájékoztatás során és azt követően további kérdésre.

(4) A betegnek joga van megismerni ellátása során az egyes vizsgálatok, beavatkozások elvégzését követően azok eredményét, esetleges sikertelenségét, illetve a vártól eltérő eredményt és annak okait.

(5) A cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes betegnek is joga van a korának és pszichés állapotának megfelelő tájékoztatáshoz.

(6) A betegnek joga van megismerni az ellátásában közvetlenül közreműködő személyek nevét, szakképesítését és beosztását.

(7) A tájékoztatáshoz fűződő jogok gyakorlásához szükséges feltételeket a fenntartó biztosítja.

(8) A betegnek joga van arra, hogy számára érthető módon kapjon tájékoztatást, figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára, valamint arra, hogy a tájékoztatáshoz szükség esetén és lehetőség szerint tolmácsot vagy jeltolmácsot biztosítsanak.

14.§ (1) A cselekvőképes beteg a tájékoztatásáról lemondhat, kivéve, ha a betegsége természetét ismernie kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse. Ha a beavatkozásra a beteg kezdeményezésére és nem terápiás célból kerül sor, a tájékoztatásról való lemondás csak írásban érvényes.

(2) A cselekvőképes betegnek joga van írásban vagy egyéb hitelt érdemlő módon kijelölni azt a személyt, akit helyette tájékoztatni kell.

(3) A tájékoztatás joga a beteget akkor is megilleti, ha beleegyezése egyébként nem feltétele a gyógykezelés megkezdésének.”

Mi az ön véleménye?

Az alábbi kitalált eset egy jogi-etikai problémát vet fel ápolói szemszögből. Szerkesztőségünk kíváncsi lenne, Ön hogyan viselkedne ebben a helyzetben. Hozzászólásait várjuk szerkesztőségünk címére vagy a nover@eski.hu címre.

Egy 48 éves férfit a bíróság bűncselekmények elkövetése miatt jogerősen 10 évi fegyházbüntetésre ítél, majd a férfi megkezdte büntetése letöltését. A férfi kezdettől fogva tudja, hogy HIV vírussal fertőzött, de ezt csak 3 hónappal később egy cellatársának meséli el, aki továbbadja a fegyőröknek.

Ezután elrendelik a férfi elkülönítését és börtönkórházba szállítását, ahol továbbra is elkülönítve kezelik. Egyidejűleg elrendelik a börtön többi elítéltségének HIV szűrését is. Ugyanakkor az ápoló személyzet értesülve a férfi HIV fertőzöttségéről megtagadja a beteg férfi gondozását. Számosan fel is mondják állásukat.

Ön szerint mi ilyenkor a helyes magatartás? Ön hogyan járna el ilyen esetben?

[vissza a tartalomhoz](#) [vissza a fő oldalra](#)

Tudományos tényeken/bizonyítékokon alapuló ápolás 3. rész

Outcome, rizikó és életminőség

3.1 Összefüggések

Előző két írásunkban a tudományos tényeken/bizonyítékokon alapuló ápolás alapjaival valamint az ápolási tevékenység megfelelőségével és mérhetőségével foglalkoztunk, (Gulácsi, 2000a-b). Valamennyi ápolási tevékenységnek valamilyen tudományos tényen/bizonyítékon kell alapulnia, amely bizonyíték 'ereje', minősége, a rendelkezésre álló tanulmányoktól függően igen eltérő lehet (1. táblázat, Gulácsi, 2000a). A tudományos tények/bizonyítékok közül mindig a legjobb minőségűt kell választani, illetve a tanulmányok metaanalízisével a legjobb minőségű információt kell 'előállítani'. A legjobb minőségű tudományos tényeket/bizonyítékokat a jól tervezett, jól kivitelezett és megfelelő követési idejű randomizált kontrollált vizsgálatok (RTC) illetve ezek metaanalízise szolgáltatják. Ezek a tudományos bizonyítékok akkor hasznosulhatnak az ápolás területén, ha az ápolási indikáció megfelelő, azaz ha azok a betegek valamennyien részesülnek az adott ápolásban, a megfelelő módon és megfelelő időben, akiknek arra ténylegesen szükségük van, és az adott ápolási tevékenység egyáltalán nem terjed ki azokra a betegekre, akiknek arra nincs szükségük. Ez az ápolás hatékonyságának és költség-hatékonyságának az alapja. Az ápolási tevékenység eredményét pedig valamilyen standardizált mérőszámmal ki kell tudnunk fejezni, ennek a módszereit ismertettük az ezelőtti számban, (Gulácsi, 2000b).

Talán vannak, akik úgy gondolják, hogy az eddigiekkel eleget tettünk a tudományos alapú ápolás követelményeinek és talán most már 'hagyjuk a tudománykodást'. A beteget valakinek ápolni kell, elméleti kérdések fejtegetésére a jelenlegi helyzetben, amikor sok helyen a minimálisan szükséges ápolási létszám sem áll rendelkezésre ne vesztegessük a drága időt, és az amúgy is szűkösen rendelkezésre álló pénzügyi forrásokat.

Nézzük azonban meg, mit is tudunk eddig az előzőekben tárgyalt tudományos alapú ápolás alapján. Tudjuk azt, hogy az adott ápolási területen, ideális körülmények között, válogatott beteganyag mellett milyen eredmények érhetők el a sokszor egészen más egészségügyi rendszerrel rendelkező fejlett országok egyetemi klinikáin - hiszen például az RTC vizsgálatok elsősorban többsége ezekből származik. Tudjuk azt is, hogy az eredményeket hogyan fejezzük ki (pl. NNT). Sok mindent tudunk, csak éppen azt nem, hogy a rendelkezésre álló tudományos eredmények alapján pontosan milyen prevencióban és ápolásban részesítsük a 'saját konkrét' betegünket.

Mint ahogyan már korábban említettük, az RTC vizsgálatokban résztvevő betegek az esetek legnagyobb részében középkorú, fehér férfiak, akiknél semmiféle kísérő-betegség vagy a vizsgált betegséggel/állapottal kölcsönhatásban álló más tényező nem áll fenn. Az RTC vizsgálatokból általában kizárják például, a fiatal nőket, gyermekeket, időseket és mindazokat, akiknél kísérőbetegség áll fenn, illetve akiről a kísérletet nehezítő kooperációs készség hiánya feltételezhető. Ennek következtében az ápolási szakemberek - és a klinikusok- gyakran (lehet, hogy többnyire) olyan betegekkel találkoznak, akik általában kizárásra kerülnek az RTC vizsgálatokból, például többféle egészségi problémával rendelkező betegek, idősek, gyerekek és nők, (Lohr, Eleazer és Mauskopf, 1998). A fentiek konzekvenciáit levonva, Brook, Klamberg és McGlynn (1996) megállapították: "... Tudjuk azt, hogy a hatásosság (az ideális körülmények között végzett tevékenység outcome-ja) nem feltétlenül utal a hatékonyságra (a szokásos körülmények között végzett tevékenység outcome-ja). Ebből következően az adott klinikai beavatkozás hasznának és rizikójának a súlyozása, értékelése és összevetése során a kontrollált klinikai kísérletekből származó eredmények félrevezethetik a klinikust." Az idézet teljes mértékben vonatkozik az ápolási tevékenységre is.

A rendelkezésre álló tudományos tények/bizonyítékok alapján például elvárható lenne, hogy például decubitus szinte ne is forduljon elő, ezzel szemben a decubitus mindenütt a világon jelentős, tendenciájában sem csökkenő probléma. A napi gyakorlatban megfigyelhető hatékonyság (outcome) általában meg sem közelíti az ideális körülmények között elérhető outcome-ot. Ez részben azért van így, mert a 'konkrét beteg populáció' sokszor különbözik azoktól, akik részt vettek az ápolási/klinikai tudományos vizsgálatokban, így az osztályos 'nem ideális' körülmények között a maximális eredmény nem is érhető el. Az eltérés mértékét pontosan ismernünk kell, annak érdekében, hogy azt az eredményt, ami elérhető próbáljuk meg elérni, de ami a betegösszetétel eltérése miatt nem lehetséges, arra ne is

törekedjünk. A gyakorlatban elért gyengébb eredmény másik oka a gyakorlati munka (nem megfelelő indikáció, szakértelem, anyagi források, szervezettség, minőségbiztosítás) elégtelensége.

A továbbblépéshez a következőkre van szükség:

- Pontos meg kell határozni az elérendő outcome-t és mérni kell a rizikót (hiszen az outcome a pozitív és a negatív hatások eredője), mégpedig oly módon, hogy összevethető legyen az ápolási szakirodalommal, illetve a hazai többi hasonló intézmény adataival,
- Tudományos alapú irányelvek indikátorok, audit és más minőségbiztosítási módszerek alkalmazásával javítani kell az ápolás minőségét,
- Tudni kell hogy tevékenységünknek milyen a mortalitásra, morbiditásra, életminőségre és a költségekre gyakorolt hatása.

Jelen írásunkban az outcome, rizikó és az életminőség mérésének a legalapvetőbb kérdéseivel foglalkozunk.

3.2 Outcome

Amint Donabedian (1980) kifejtette: “az outcome fogalmát abban az értelemben fogom használni, amely a beteg azon aktuális és jövőbeli egészségi állapota közötti változást jelenti, amely összefüggésbe hozható az egészségügyi szolgáltatásokkal. Az egészség meglehetősen tág definíciójának alapul vétele mellett, ehhez hozzáadom a szociális és pszichológiai funkciók javulását nem csak a sokkal szokásosabban figyelembe vett fizikai aspektusokat. A fogalom egy másik kiterjesztése szerint hozzáadom mindehhez a betegek attitűdjeit (például elégedettség), a betegek egészséggel kapcsolatos tudását és az egészségesebb életmód érdekében történő életmód változást.” Az outcome vizsgálatára, az egészségügynek a betegek egészségére és jólétére gyakorolt hatására jelentős figyelem irányult a kilencvenes években. Az outcome fogalma a változók igen széles körét foglalja magába, amely összefüggésben van az egészséggel, megbetegedéssel, csökkent képességgel, hátrányos helyzettel, fizikai funkciókkal, érzelmi egészséggel, fájdalommal és más tünetekkel, munkavégzésből kieső napok számával, napi tevékenységekkel és elégedettséggel. A sokszor hiányzó folyamat-outcome kapcsolat hiányából fakadó problémák az outcome vizsgálatával részben leküzdhetők. Ezt a lehetőséget korlátozza, azonban hogy az outcome adatokat sokszor nem gyűjtik és nem rögzítik standardizált módon, valamint az, hogy az outcome adatok rögzítése idő és költség igényes tevékenység. Meg kell azonban az is jegyezni, hogy az egészséggel kapcsolatos outcome az értékítélettől is függ és nem csak technikai kérdés. A választás szükségessége parancsolóvá teszi, hogy azt az outcome-ot próbáljuk meg elérni, amit a lakosság a legmagasabbra értékeli, a legfontosabbnak tart.

Az outcome mérése két csoportra osztható: az egyik esetben közvetlenül az ápolás eredményét mérjük; a másik esetben egy közbülső, intermedier faktort (indikátor), amelyről feltételezzük, hogy szoros kapcsolatban áll a végső kimenettel. Ez utóbbi faktort nevezzük közbülső outcome-nak. A közbülső outcome egy olyan változó, amely viszonylag könnyen mérhető és valamilyen kapcsolatban van a valós outcome-val, amely azonban nem maga a kimenet (pozitív vagy negatív outcome) amit mérni kívánunk.

Az elérendő outcome-ot a betegek preferenciáinak a figyelembevételével kell kialakítani és pontosan részletesen, explicit formában kell leírni. A decubitus példájánál maradva, egyáltalán nem nyilvánvaló például az, hogy mit tekintünk elérendő outcome-nak. Az incidencia és a prevalencia csökkentése természetesen cél, kérdés azonban az, hogy hány százalékos csökkentést tesznek lehetővé a rendelkezésre álló tudományos bizonyítékok, felszerelés és munkaerő. Feltétlenül elérendő cél az is, hogy az előforduló decubitus esetek között a kevésbé súlyos esetek (I-es és II-es stádium) aránya legyen egyre magasabb és a súlyos esetek (III-as és IV-es stádium) lehetőleg ne is forduljon elő. Tegyük fel, hogy két azonos profilú és beteg összetételű osztályon a decubitus arány egyaránt 8%. Az egyik esetben a kevésbé súlyos/súlyos esetek aránya 90% és 10%, a másik esetben 60% és 40%. A decubitus arány mind a két esetben 8%, a különbség csak akkor látszik, ha az outcome-ot pontosan definiáljuk, a tennivalók is csak ekkor válnak nyilvánvalóvá. A két osztály közötti ápolási minőség különbségét – amely hatalmas – azonban csak akkor tudjuk kifejezni, ha mérni tudjuk az életminőséget és a költséget (prevenció és terápia), jelen esetben a kevésbé súlyos és a súlyos decubitus esetek között. Ennek hiányában nem derül ki, hogy a jó ápolási minőségű osztályok mitől is jók, illetve a rosszabb minőségűek esetén mi a teendő.

A decubitus arányának, az ápolás minőségét jellemző (outcome) indikátorként való felhasználhatósága érdekében a következő szempontokat célszerű szem előtt tartani:

- A decubitus előfordulási arányát a nem, a mobilitás szintje, az osztályok és a felvételi diagnózis szintjén is célszerű kalkulálni. Az aktuális felosztást természetesen az adott intézmény sajátosságait figyelembe véve kell kialakítani, amelyhez nagy segítséget nyújt, ha előző vizsgálatok alapján már ismertek a legfontosabb rizikó faktorok az adott intézmény/osztály/betegcsoport esetén.
- Meg kell vizsgálni azt, hogy a betegek életkora nem változott-e lényegesen az egyes felmérések között, például az egyváltozós variancia analízis módszerével (ANOVA), illetve nincs-e lényeges eltérés a mobilitás, diagnózis, és az osztályos megoszlás (és/vagy más tényezők) szempontjából az egyes felmérések (általánosan fogalmazva két összehasonlítható kivánt csoport) között, ennek a célnak megfelel a chi-négyzet analízis.
- A decubitus prevalencia időbeli változásait, és a legfontosabb tényezők (pl. életkor, mobilitás) általi meghatározottságát, illetve az egyes faktorok fontosságát (súlyát) statisztikai vizsgálattal, pl. Regresszió számítás, időről időre elemezni kell. Elképzelhető, hogy egy bizonyos időszakban és adott betegcsoport esetén egy bizonyos faktor fontos rizikó tényező, míg más esetben (betegcsoport, diagnózis) hatása elhanyagolható.
- A decubitusok megoszlása az egyes decubitus stádiumok között szintén vizsgálandó, például chi-négyzet analízis segítségével, hiszen igen lényeges az, hogy a decubitus prevalencia adott értéke milyen stádiumú decubitus esetekből tevődik össze. A vizsgálat során célszerű összevonni a stádium I.-II.-t és a stádium III. és IV.-et egy-egy kategóriába, így a betegek két csoportba, 'nem súlyos' és 'súlyos decubitus' csoportba oszthatók. A 'c' pontban említett regresszió számítás ezt követően újra el kell végezni, hiszen a decubitus stádium összetétel (súlyos - nem súlyos) és a fontosnak tartott faktorok illetve jellemzők (pl. Életkor, mobilitás, diagnózis) kapcsolatának ismerete szintén lényeges. Sokan ezen számítás során a Stádium I. decubitusot nem veszik figyelembe, hanem a ténylegesen problémát, ápolási feladatot jelentő esetekre koncentrálnak.
- Célszerű a decubitus gyógyulásának az időtartamát is külön vizsgálni és a három hónapon túl gyógyuló decubitusokat a fenti felosztásokat figyelembe véve külön vizsgálni, valamennyi betegcsoportban, amelyhez az említett statisztikai módszerek megfelelő segítséget nyújtanak.

A kapott eredményeket, intézményi és osztályos szinten, illetve a fontosabb tényezők, szempontok szerint célszerű, jól követhető, színes grafikus ábrákon ábrázolni. Az ábrák legyenek egyszerűek, könnyen áttekinthetők, tüntessék fel a tendenciákat, amennyiben mód van rá tartalmazzanak összehasonlító adatot is. Mivel a cél elsősorban nem deskriptív adatok szolgáltatása, hanem a kedvező változásokhoz való hozzájárulás (a jó indikátor az amely valamilyen beavatkozást 'indikál') a kapott eredmények prezentációja akkor megfelelő, ha az segíti az orvosok és nővérek szakmai döntéseit (Gulácsi, 2000c).

Az elérni kívánt outcome pontos meghatározása tehát sokszor munka és időigényes feladat, de az itt befektetett munka sokszorosán megtérül.

3.3 Rizikó

A rizikófelmérés az ápolás eredményének nagyon fontos eleme. Azokat a betegeket kell prevencióban részesíteni, akiknél jelentős az esély arra, hogy valamilyen ápolási probléma/feladat (pl. decubitus) jelentkezik a kórházi kezelés során, ezeknek a betegeknek azonban a teljes körét be kell vonni a prevencióba. A decubitus példájánál maradva, ha a magas rizikójú betegek egy része kimarad a prevencióból, nagy valószínűséggel kialakul a decubitus, ha pedig olyan beteget vonunk be prevencióba, akinek a rizikója nem magas, akkor nagy valószínűséggel feleslegesen használjuk a szűkösen rendelkezésre álló forrásokat. Mindkét esetben romlik a prevenció hatékonysága és költség-hatékonysága. A rizikó felméréshez hazánkban kiterjedten használatos a Norton Skála. Nem biztos azonban, hogy a jelentősen eltérő rizikó profillal jellemezhető kórházi osztályok (rehabilitációs osztály, intenzív osztály, ortopédia) mindegyikében, a pszicho-geriátriai osztályokon kialakított Norton Skála a legjobb módszer a rizikó felmérésére. A rizikó felméréshez választandó módszer és a rizikó sávokat elkülönítő ponthatárok megállapítása a szenzitivitás és specificitás, valamint az orvosi és ápolási célok figyelembevételével, osztályonként, az elő-felmérésből származó adatok alapján választandó ki. Amennyiben a rizikó felméréséhez rendelkezésre álló módszerek egyike sem megfelelő az adott osztályon, akkor a használatosak módosíthatók, illetve újak hozhatók létre. Ebben az esetben azonban a szenzitivitás, specificitás, pozitív és negatív jósló érték, a validitás és a megbízhatóság bizonyítása

szükséges, amely a tapasztalatok szerint több éves és jelentős szakértelmet igénylő feladat, ezért a tevékenységnek legalábbis az első időszakában másutt már kipróbált módszer változtatás nélküli átvétele javasolt, ilyen esetekben 'csak' a validitás és megbízhatóság bizonyítása szükséges az adott osztályon. Az Európai Decubitus Tanácsadó Bizottság (European Pressure Ulcer Advisory Panel, EPUAP) 2000 januárjában hozott döntése alapján a Braden Skála egységes használatát javasolja Európában. A bizottság ezzel a javaslatával csatlakozott az észak-amerikai ajánláshoz és állásfoglalása tükrözi azt az európai tendenciát, amely az elmúlt években jelentős elmozdulást mutat az egyéb skáláktól a Braden Skála használata felé. A nemzetközi szakirodalom 80-90%-a a Braden Skálával kapcsolatos eredményekről számol be.

Törekedni kell arra, hogy az adott osztály profiljától, beteg összetételétől függően valamennyi lényeges (csak a lényeges!) Rizikó tényezőre figyelemmel legyünk, azokat valamilyen módon mérjük (számszerűsítsük), hogy a megfelelő megelőzést alkalmazhassuk az ápolási tevékenység során. A rizikó felmérésének és az ennek alapján történő (tudományos bizonyítékok alapján hatékony) megelőző beavatkozásoknak a hatása az outcomera, életminőségre és a költségekre igen lényeges.

3.4 Életminőség

Az egészségügy (pl. ápolás) által elért haszon, az egészségi állapotban bekövetkezett pozitív változás, amely lehet élettartam nyereség, életminőség javulás, vagy mindkettő egyszerre. Míg korábban az egészségügy célja egyértelműen az élettartam megnövelése volt, napjainkban a fejlett országokban egyre nagyobb figyelem fordul az életminőség mérése és javítása felé, amely különbözőképpen vizsgálható:

- használhatjuk az elemzés egységként a megmentett életek vagy életévek számát,
- alkalmazhatunk generikus életminőség felmérést: SF-36 (Short-Form 36); SIP (Sickness Impact Profile); NHP (Nottingham Health Profile),
- lehet az életminőség vizsgálat specifikus: Functional Living Index-Cancer; Health Assessment Questionnaire; Asthma Quality of Life Questionnaire, illetve alkalmazhatók a preferencia felmérések: Health Utilities Index; Quality of Well-Being; euroqol, és az ezek segítségével képezhető, életminőséget is figyelembe vevő életévek száma, például a QALY (Quality Adjusted Life years), illetve a világbank DALY módszere, valamint a HYE (Egészséges életév ekvivalens - Healthy-year Equivalent) és a SAVE (Megmentett fiatal életév ekvivalens - Saved-young-life Equivalent).

A felsoroltak közül a legelterjedtebbek a QALY és a DALY, ezért a következőkben ezeket a módszereket mutatjuk be.

3.4.1 A QALY és a Bajnoksági Táblázat

Az elmúlt években jelentős figyelem irányult a az egészségügyi ellátásoknak az összehasonlítására, amelynek az egyik módszere az egészségügyi beavatkozások relatív költség-hatékonyságának az összehasonlítása amelyhez az egy életévre eső költség illetve ennek a mérőszámnak az életminőséget is figyelembe vevő ekvivalensére, az egy életminőséggel korrigált életévnyeresésre (QUALY) jutó költséget használják leggyakrabban. Az így kapott eredményeket aztán a futball-bajnokság eredménytábláihoz hasonlatosan (az elnevezés is innen származik) sorba rendezik, abból a feltételezésből kiindulva, hogy az ily módon prezentált eredmények könnyen érthetőek a döntéshozók számára, hiszen nyilvánvaló, hogy a kisebb költségráfordítással elérhető 1 qaly eredmény a támogatandó. Költség-hatékonysági bajnoksági táblázat használatos a közpénzek megfelelő elosztásához az egészségügyben. A táblázatban a lista tetején álló beavatkozás alkalmazása a gazdaságilag leghatékonyság, a lista alján levő beavatkozás a legkevésbé gazdaságos megoldás a felsoroltak közül. A lista nagy segítséget jelenthet az explicit(ebb) forráselosztás megvalósításában. Erre számos lehetősége van, például ha a lista n-edik helyén rangsorolt eljárást finanszírozza az egészségbiztosítási pénztár, akkor a listán fölötté levő eljárások joggal folyamodhatnak a legalább azonos mértékű ártámogatásért.

A legfőbb célja ennek módszernek az, hogy az egészségügyi forrás (munkaerő, pénz) allokációval kapcsolatos döntéseket elősegítsék, annak révén, hogy megteremtik az összehasonlítás feltételeit. Jól ismert Maynard (1991) által közölt táblázat.

Az alapelképzelés rendkívül vonzó, de a "Bajnoksági Táblázatok" használata problémákkal is terhelt. Pusztán az a tény, hogy az egyes beavatkozások és gyógykezelések ily módon sorba vannak állítva, nagyobb jelentőséget látszik adni a költség-hatékonyságuknak, mintsem az eredeti tanulmány alapján következnek. A felsorolás az elemzések valamely homogenitását is feltételezi, azaz azt, hogy a vizsgálatok, azonos időben, árák mellett és módon készültek, amely feltételezés sokszor nem állja meg a helyét. Megemlítendő az is, hogy a táblázatok használójának abból a feltételezésből kell kiindulnia, hogy a táblázat a pénzforrások relatív értékét tükrözi, függetlenül attól a metodikától ahogyan az eredeti vizsgálat készült, és függetlenül a tudományos bizonyítékoktól/tényektől amelyen a vizsgálat alapult. Ezek a feltételezések azonban nem teljesülnek teljes mértékben (Gulácsi, 1999).

3.4.2 DALY(Disability Adjusted Life Years)

A daly (funkcióvesztéssel korrigált életevek) a qaly szinonimája, vagyis a várható élettartamot csökkentik az elszenvedett funkcióvesztéssel, csökkent képességekkel. Elsősorban betegségteher meghatározására használják, vagyis hogy mely betegségecsoportok jelentik a legnagyobb egészségügyi problémát. Ez meghatározhatja a jövő egészségügyi beruházásait. Emellett egészségügyi ellátási minimumcsomag összeállítására is alkalmazzák - különösen fejlődő országokban. A daly a teljesen egészséges állapottal együtt összesen 7 különböző állapotot tartalmaz, vagyis ez a jelenleg széles körben használt mércék legegyszerűbbike. Ezen állapotokra vonatkozó hasznossági súlyok azonban független szakértői és nem megfelelő lakossági minta alapján készültek, ami a módszer jelentős módszertani gyengesége.

Egymással versengő alternatívák Költség-hasznossága	Költség / QALY (GBP – 1990)
Koleszterin teszt csak diétás terápiával (40-69 év közötti felnőttek)	220
Idegsebészeti műtétek fej sérülése esetén	240
Háziorvosi tanácsadás a dohányzásról való leszokás érdekében	270
Idegsebészeti műtét subarahnoidális haemorrhagia esetén	490
Stroke prevenciós vérnyomáscsökkentő terápia a 45-64 évesek körében	940
Pacemaker implantáció	1 100
Csípőprotézis beültetés	1 180
Billentyű beültetés aorta stenosis esetén	1 140
Koleszterin teszt és gyógykezelés (40-64 évesek között)	1 480
Coronaria bypass graft (súlyos angina esetén, a bal főtörzs szűkülete esetén)	2 090

Vese transzplantáció	4 710
Emlőrákszűrés	5 780
Szívtranszplantáció	7 840
A 25-39 év közöttiek koleszterin tesztje és gyógyszeres terápiája	14 150
Otthoni dialízis	17 260
Coronaria bypass graft (közepes angina esetén, egyébbetegség esetén)	18 830
Folyamatos ambuláns peritonealis dialízis	19 870
Kórházi haemodialzis	21 970
Erythropoetin terápia anaemiában szenvedő dialízisben részesülő beteg esetén (10%-os mortalitás csökkenés feltételezése mellett)	54 380
Idegsebészeti beavatkozás malignus intracraniális tumor esetén	107 780
Dialízis betegek erythropoetin gyógykezelése (ha feltételezzük, hogy a túlélés nem növekszik)	126 290

Bajnoksági táblázat

3.5 A következő rész

A fenti lépések megtétele után célszerű áttekinteni a költségek, költségfajták és a költség-hatékonyság koncepcióját az egészségügyben. A logikai megfontolások is ezt a sorrendet diktálják, hiszen a költségek akkor jelentenek felhasználható információt, ha ismert az outcome (mint a pozitív és a negatív hatások eredője) és az életminőségre gyakorolt hatás.

Általános életminőség kérdőív (Generic quality of life questionnaire):

Olyan kérdőív, amely az életminőséget leginkább befolyásoló dimenziók vizsgálatára használható. Előnye, hogy többféle betegcsoport életminőségének mérésére és összehasonlítására is használható, hátránya, hogy nem túl érzékeny speciális betegségeknek az életminőségre való hatását árnyaltan mérni.

Az egészséghez kapcsolódó életminőség (Health-related quality of life, HR-QOL):

Az emberek életét leginkább befolyásoló, olyan dimenziók mentén számolt életminőség mérték, amelyekre nagy valószínűséggel kihat az egyén egészségi állapota.

Egészséges ekvivalens évek (Healthy years equivalent):

A tökéletes egészségben eltöltött évek feltételezett száma, amelyet egyenértékűnek tekintenek egy meghatározott megromlott (azaz nem tökéletes) egészségi állapotban eltöltött tényleges évek számával.

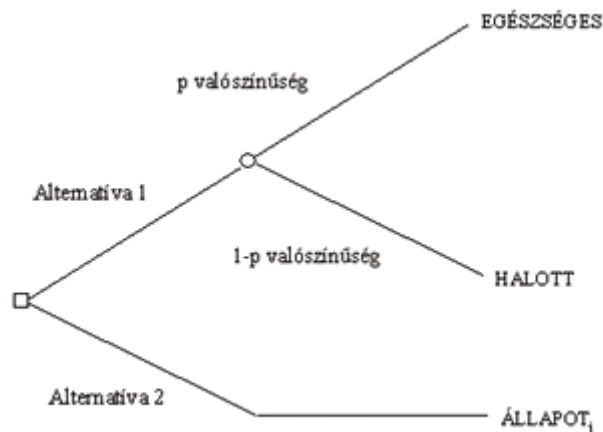
Kérdés-felelet**Mi az 'Életminőség index'?**

Az index egyetlen változóval, egy mutatóban kifejezve összegzi az életminőség összes paraméterét. Ezáltal ki tudjuk fejezni, hogy egy adott egészségi állapot mennyit is ér a teljesen egészségeshez vagy a halálhoz képest vagy éppen egy jól körülhatárolt kérdéses állapothoz képest. Nehéz eldönteni azonban, hogy az eltérő dimenziókat milyen súllyal összegezzük, vagyis pl. Ha valakinek a mobilitása csökkent jelentősen, az ugyanannyit ér-e, mintha az érzelmi funkcióival van hasonlóan komoly probléma. E szubjektív és egyéni preferenciáktól erősen függő értékek csak általános súlyokra vonatkozó kérdőívek százainak összegzésével hitelesíthető. Az index-szel kifejezett életminőséget alkalmazhatjuk bármely célterületen. Mégis talán a két egymást kölcsönösen kizáró terápiás eljárás hatásosságának az összehasonlítására használhatjuk legkevésbé, különösen ha a két eljárás között valamilyen ritkán alkalmazott dimenzióban (pl. Látási képesség) mutatható ki jelentős hatásosság különbség.

Kérdés felelet**Mi a standard játszma (Standard gamble) módszere?**

A standard játszma alapkérdése: mekkora az a (fatális) kockázat, amelyet még a megkérdezett elviselne annak fejében, hogy egy adott beavatkozással megszűnne a jól körülírt, kérdéses egészségi állapot. Minél nagyobb kockázatot képes valaki elviselni, annál súlyosabb az adott egészségi állapot. Ha pl. Végstádiumú vesebetegség hemodialízis terápiája kapcsán a megkérdezettek legalább fele vállalna egy 15%-os peri- és posztoperatív mortalitási kockázattal járó, a betegséget teljesen megszüntető (nem létező) műtétet, akkor a végstádiumú vesebetegség hemodialízis terápiával együtt járó egészségi állapotának $1 - 0,15 = 0,85$ a relatív hasznossága a teljesen egészséges állapothoz képest.

Standard játszma (Standard gamble)



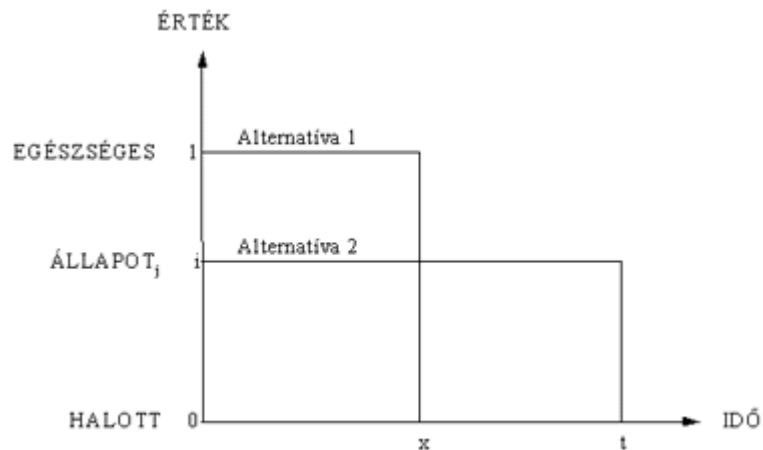
Forrás: Torrance (1986)

Kérdés-felelet

Mi az időalku (Time trade-off) módszere?

Gyakran eljátszunk a gondolattal: hány évet adnánk a hátralevő mondjuk 40 életévünkben, ha a kérdéses betegségünkben (pl. hemodialízissel kezelt végstádiumú vesebetegség) varázsütésre felgyógyulnánk. Ha a megkérdezettek fele odaadna 8 évet, akkor ennek az adott egészségi állapotnak a teljesen egészséges állapothoz viszonyított relatív hasznossága $1 - (8/40) = 0,8$.

Időalku (time trade-off)



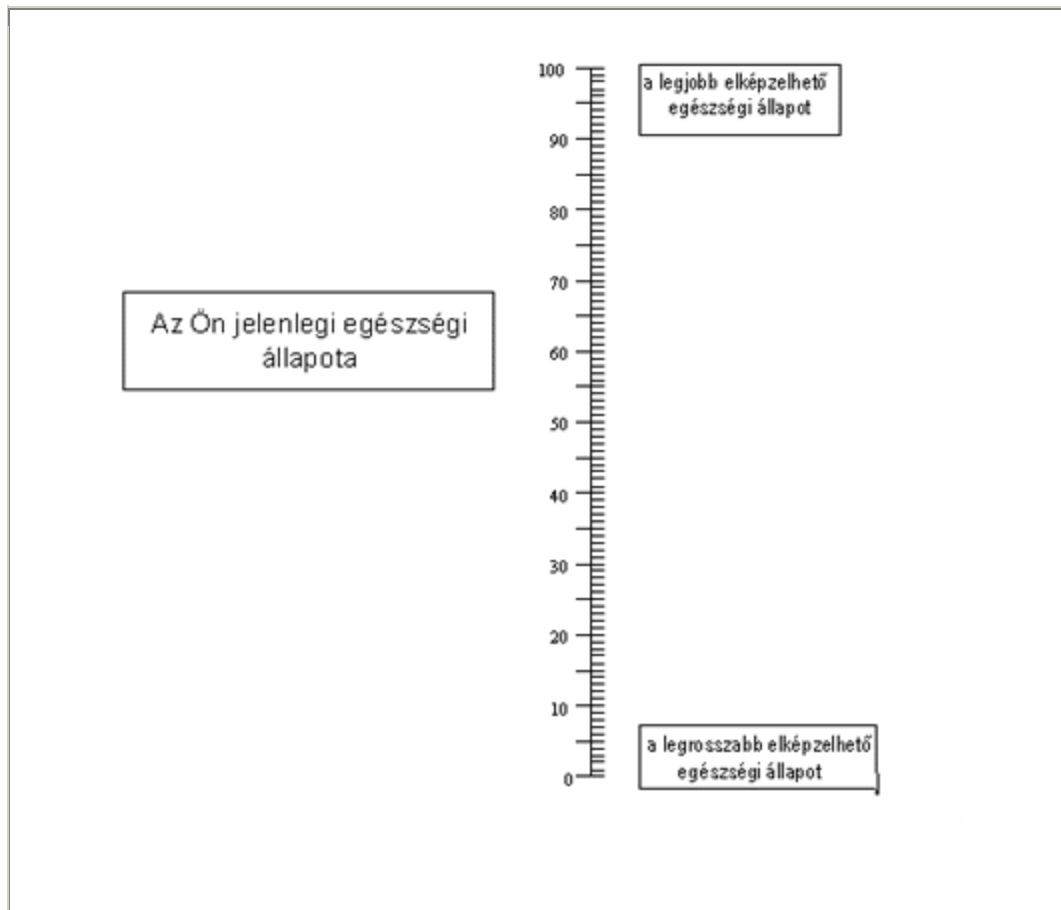
Forrás: Torrance (1986)

Kérdés-felelet

Mi az arányskála (Scaling rate)?

Az arányskála a hasznosság mérésének a legegyszerűbb módja, melyben a vizsgált egészségi állapot kategóriákat először sorba kell állítani (első a legkevésbé preferált állapot, majd ezt sorban az egyre nagyobb hasznosságértékű állapotok). Ezután a sorrendbe állított állapotokat egy olyan skálán kell elhelyezni, amelyen az állapotok közti intervallum jelzi a preferencia különbségek nagyságát is. Így például azok a "szomszédos" állapotok, amelyek majdnem egyformán preferáltak, közel kerülnek egymáshoz. Az arányskála módszernek számos változata ismert, így a skála lehet számskála (pl. 0-100-ig), kategóriaskála (pl. 0-20-ig), vagy a egy vonal (pl. Egy 10 cm-es vonal az arányosítást megkönnyítő segédvonalakkal). Ez lehet egy "életminőség hőmérő" is, melyen a jól meghatározott kezdő és végponthoz viszonyíthatjuk a különböző egészségi állapotokat.

Vizuális analóg skála (visual analogue scale)



Irodalom

1. Donabedian, A. (1980). Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol I-III., The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment, Ann Arbor, Health Administration Press.
2. Gulácsi, L. (1999). Klinikai kiválóság; technológiaelemzés az egészségügyben, Springer, Budapest
3. Gulácsi, L. (2000a). Tudományos tényeken/bizonyítékokon alapuló ápolás, Nővér 13, 1, 17-23
4. Gulácsi, L. (2000b). Az ápolási tevékenység megfelelése és mérhetősége, Nővér 13, 2, 33-38
5. Gulácsi, L. (2000c). Minőségbiztosítás az egészségügyben, Medicina, Budapest
6. Lohr, K.N., Eleazer, K és Mauskopf, J. (1998) Health policy issues and applications for evidence based medicine and clinical practice guidelines, Health Policy 1998;46:1-19