

Egymást Értő Szakemberek – Common Speaking Experts

Világszerte egyre nagyobb társadalmi és gazdasági kihívást jelentenek az időskorúak szellemi és fizikai hanyatlásának kórformái, vagyis a hosszú idejű ápolással és gondozással járó időskori állapotok. Az Idősek Világnapjához kapcsolódva Egymást Értő Szakemberek – Common Speaking Experts címmel az időskor orvosi kihívásait újszerű megközelítéssel tárgyaló nemzetközi tudományos, szakmai, szakmapolitikai tanácskozással került sor Budapesten.

A talányos cím arra utal, hogy az idősgondozás problémáihoz a résztvevők az egyes ellátó szakmákon felülemelkedő szemlélettel közelítettek, és célul tűzték ki a társadalmak idősödése folytán kialakult összetett problémakörök megoldását, a megközelítések komplexitásának és integráltságának fokozását, a legújabb tudományos eredmények által nyújtott lehetőségek és a szociális és egészségügyi szakmapolitika harmonizálását, más szóval: a közös nyelv kialakítását. Jogos igény ugyanis, ha ennyi szakma képviselői foglalkoznak ugyanazzal a jelenséggel, helyes, ha egyeztetik, mit is értenek egy-egy fogalom alatt.

Ennek jegyében Angliából, Csehországból, Ausztriából, Törökországból és Európa sok más országából, valamint az Egyesült Államokból különféle szakmák képviselői gyűltek össze: gerontológusok és szociális gondozók, szociológusok, szakpolitikusok, fiziológusok, az öregedés kísérletes alap-, és klinikai kutatásával foglalkozó tudósok tartottak igen nivós előadásokat, cserélték ki tapasztalataikat.

Az Európai Unió átlagéletkora jelenleg körülbelül 40 év, azonban 2060-ra ez a szám 47-re nő. A népesség öregedésével a munkaképes korúak száma csökken, míg a 60 év feletti népesség száma egyre gyorsuló ütemben növekszik, ami annak köszönhető, hogy egyre többen élnek meg az idős, sőt nagyon idős életkort. Az ENSZ előrejelzése szerint az idős populáción belül a 90 év feletti arányának növekedése lesz a legnagyobb mértékű, jelenleg a magyarországi számarányuk a lakosság mintegy 0,4 százalékát teszi ki. Ma már 60 és 70 év között még csak idősödekről beszélünk, az öregkor elnevezés csak a 70. év felett „jár”. Foglalkoztatásuk, az egész életen át tartó tanulásra való igényük, szociális ellátásuk, illetve segítségük lehetőségei már ma is korlátozottak, e lehetőségek bővítése ossztársadalmi feladat.

Hosszabb ideig élünk, de sajnálatosan nem az egészségben leélt éveink száma növekszik (ez Magyarországon nőknél 58,3, férfiaknál 54,7 év) – tehát életünk hosszabb-rövidebb szakaszában segítségre, gondozásra szorulunk. Az OEP adatai szerint 2011-ben az összes kórházi igénybevétel 14,4 százaléka a 65 év felettiakra, míg 4 százaléka a 80 év felettiakra jutott. Az előrejelzések 2021-re 18 százalékos, 2030-ra 23 százalékos részarányt jósolnak a 65

év felettieknek. Hasonlóak az arányok más országokban is; kimondható tehát, hogy a fejlett társadalmakban mindenütt megnövekedett az ún. long term care – hosszú idejű gondozás – ellátások iránti igény. Ezek rendkívül drága, sok humán erőforrást igénylő, részben egészségügyi, részben szociális tevékenységek.

Az előregedő társadalom és az évtizedek óta alacsony foglalkoztatottság eredményeként egy szűkülő foglalkoztatott rétegnek kell előteremtenie a nyugdíjrendszer, az egészségügyi és szociális ellátórendszer és az idősök ellátásával foglalkozó szolgáltatások költségeit. Ez komoly, generációk közötti konfliktusforrás lehet. Szintén súlyos probléma a generációk közötti eltávolodás, amely sok esetben a családon belüli kapcsolatokban okoz feszültséget, és hosszú távon – a szociológiai vizsgálatok és egészségügyi felmérések szerint – népegészségügyi méretű mentálhigiénés és egészségügyi problémákat jelenthet.

Az idősökkel foglalkozó geriátria és a társadalomtudományi diszciplínaként fejlődő segítő szakmák azonos fogalomhasználata és együtt gondolkodása, azaz az egymást értő szakemberek együttműködése nélkülözhetetlen ahhoz, hogy a növekvő gondozási-ellátási igényekhez alkalmazkodó, ugyanakkor finanszírozható legyen az ellátórendszer.

Az idős embert és jól-létét középpontba helyező, az egyes szakmák sajátos szempontjain túlmutató, interprofesszionális megközelítésű idősgondozás magasabb életminőséget hozhat. A szakemberek közötti együttműködés egyre szélesebb körű, vannak nemzetközi szinten is elismert kezdeményezések, innovatív megoldások. Sok azonban a javítani való a döntéshozókkal való párbeszéd, az oktatás és a társadalmi elfogadottság területén. A jelen fő kihívása: a politikai döntéshozásban megjeleníteni a sajátos egészségügyi, szociális és gazdasági szempontokat. A jövő nagy feladata a mindennapi gyakorlat részévé tenni mindezt, és eljutni a széles nagyközönség, az emberek, a társadalom egésze elé.

Szócska Miklós államtitkár köszöntőjében hangsúlyozta, hogy hazánkban a geriátriai és az aktív fekvőbeteg-ellátás megerősítésére van szükség. A hazai ellátórendszer szerkezete nemcsak finanszírozási, és fenntartói, hanem szociokulturális okok miatt is sajátosan alakult. Kiemelte, hogy az egyik legfontosabb cél, hogy otthonukban, egészségesen és önellátásra képesen élhessenek az idős emberek, és legyen elég szakember az ellátásukra.

Az államtitkár elmondta: elemzéseik szerint a szociális jellegű ellátások a jelenlegi aktív fekvőbeteg-ellátások 30-40 százalékát teszik ki, ezek mozaikszerűen zajlanak az egyes kórházi osztályokon. Ez azt jelenti, hogy az idősök ellátása szakmai területenként elszórva folyik, így nemigen hasznosulnak a geriátriai ellátás előnyei. Mint mondta, ebben a kor-

mányzati ciklusban nagyobb lélegzetű beavatkozásokat már nem terveznek, de előkészítik egy olyan átmeneti ellátási forma bevezetését, amely a kórházak területén koncentráltan gondozná az ilyen jellegű ellátásra szoruló betegeket.

Nagy szükség van szakemberekre mind a geriátriai, mind pedig a krónikus járóbeteg-ellátások területén. Ennek megoldására az alapellátásra, később a geriátriára szakosodott orvosképzést szándékoznak finanszírozni, oly módon, hogy beszámítják az orvostanhallgatók gyakorlati idejébe az ezeken az osztályokon eltöltött időt.

Az államtitkár beszélt az elektronikus rendszerek fejlesztésének fontosságáról is, amely a háziorvosoknak lehetővé tenné, hogy betegeik összes leletéhez hozzáférjenek, így biztosítva a betegkövetés hatékonyságát. Ennek következtében a járóbeteg-ellátás lesz felelős azért, hogy feleslegesen senki ne kerüljön kórházba, és azt is könnyebb lenne ellenőrizni, hogy a páciens megkapja-e a számára legmegfelelőbb ellátást.

A népesség öregedéséhez szorosan kapcsolódik az időskori egészségmegőrzés, hiszen alapvető fontosságú, hogy az egészségünket minél hosszabb ideig megőrizzük, illetve, a meglévő betegségek mellett is teljes életet élhessünk.

A demencia például nem az öregedés természetes velejárója, hanem olyan tünetcsoport, amelynek hátterében számos betegség állhat. Az életkor a legfőbb kockázati tényező a szellemi hanyatlás kialakulásában, ezt a tényt az ellátórendszerben hajlamosak figyelmen kívül hagyni. Bár a tünetek leggyakoribb oka az Alzheimer kór, számos más neurodegeneratív és szisztémás betegség is járhat kognitív tünetekkel. A különböző kórokok következtében megjelenő kérépek klinikai különbözőségeinek ismerete nemcsak az eltérő terápiás lehetőségek és az eltérő kórlefolyás miatt fontos – gyakran jelentős mértékben eltérő a gondozási függőség kialakulása és időtartama is. A betegek és az érintett családok számának növekedése az ellátórendszer legnagyobb kihívása.

Egyes adatok szerint 2011-ben tízszer többen ünnepeltek századik születésnapjukat, mint negyven évvel korábban. A számuk pedig egyre több lesz, vannak statisztikák, amelyek azt vetítik előre, hogy minden második gyermek, aki most Németországban világra jön, megéli a századik születésnapját. Amilyen gyorsan növekszik a százévesek klubja, olyan – egyelőre úgy tűnik – visszatartatlanul nagy iramban nő a felejtés betegségében, vagyis az Alzheimer-kórban szenvedők száma.

Csak Európában több mint hatmillió idős ember szenved Alzheimer kórban, egyes előrejelzések szerint a szám 2040-re a tízmilliót is elérheti. Problémáik a gyógyszerkutatókat is erősen foglalkoztatják. Megállapították például, hogy a sztatinok, vagyis a „rossz” koleszterin szintjét csökkentő gyógyszerek egy éven túli szedése megóvhatja az agyat az Alzheimer-kórtól és a demencia egyéb formáitól.

Azt vizsgálták, milyen a sztatinok agyra kifejtett hatása rövid távon, és hogyan befolyásolja az Alzheimer-kórt, vagy az ér eredetű, azaz vaszkuláris demencia kialakulását hosz-

szú távú szedésük. Azt fedezték fel, hogy a sztatinok egy évnél hosszabb ideig történő szedése 29 százalékkal csökkenti a demencia kialakulásának kockázatát. Kimutatták, a sztatinok mérséklik a vérereken belüli gyulladások kialakulását és a szélütést okozó vérrögök képződését. A kutatók arra utaltak, a gyógyszernek ez a hatása lehet az, amely csökkentheti az agyban a káros fehérje felhalmozódást és a vérerek gyulladását, ezzel a demencia kialakulását.

A gyógyszerelés más szempontokból is igen kényes terület. Kis István professzor arra hívta fel a figyelmet, hogy időskorban alapvető, hogy megkülönböztessük a funkciócsökkenést, annak panaszait és tüneteit, illetve a betegségeket. Az előbbieknél nem a gyógyszeres terápia az elsődleges megoldása, mégis az orvosok többsége azt választja, az eredmény pedig többnyire polipragmázia. Ez pedig elvezet korunk egyik legsúlyosabb, még kellően nem kutatott területéhez, a gyógyszer mellékhatásokhoz és kölcsönhatásokhoz. Az Egyesült Államokban a kórházakba kerülő idősök 30-40 százaléka éppen az orvosi beavatkozás, vagyis a gyógyszer mellék- és kölcsönhatások következtében szorul kezelésre. A nem kívánatos kölcsönhatások nem ritkán a szervek károsodásához, funkciózavaraihoz vezetnek. Magyarországon a gyógyszerek nem kívánatos hatása átlagosan 10 százaléka, a 70 év feletti körében ennek a duplája. Nem véletlen, hogy a nem kívánatos gyógyszerhatások a halálozási okok 4-6. helyén szerepelnek.

A népesség idősödése új orvosi szakterületeket is életre hív: mások mellett ilyen a gerosztomatológia. A ma aktívan dolgozó fogorvosok és a következő 10 évben végzők rendelőiben – a prognózisok szerint – minden harmadik-negyedik páciens időskorú lesz. Fogászati ellátásuk speciális felkészültséget, nagy türelmet, a sok általános megbetegedés és a használt gyógyszerek naprakész ismeretét teszik szükségessé.

A fogak és a szájüreg betegségeinek többsége, jóllehet nem veszélyezteti a betegek életét, gyakran okoz fájdalmas állapotot és jelentősen ronthatja az életminőséget, amely a korrallal egyre fokozódik. A szájüregi képletek, a fogazat időskorral kapcsolatos elváltozásai egyaránt hátrányosan érintik a funkciót és az esztétikumot. Idős korban az arc gyakran válik beesetté, amelynek oka a foghiány, a fogakat hordozó állcsont állomány felszívódása, a száj körüli izomzat elernyedése. A fogazat hiányossá válik, amelynek oka a korábbi fogeltávolítás, a fogágy betegségek miatti foglazulás és fogkihullás. A hiányos fogazat rontja a rágóképességet, a beszéd érthetőségét és a megjelenést. Külön gondot okoz az ágyhoz kötött betegek szükség szerinti fogászati ellátása.

Tipikusan időskori probléma az inkontinencia is, ami az idős generációt fokozottabban érintő egészségproblémák közül az egyik azonnali beavatkozást igénylő terület. Bár e gond eredetét tekintve egészségügyi gyökerű, a probléma megjelenési formája sokkal inkább szociális jellegű. Az inkontinencia a gyógyászati segédeszköz kassza legnagyobb tétele, miközben a rossz szabályzás miatt, csak minden második nadrágpelence „működik” jól, a közpénzek fele – tá-

mogatott személyenként évi 25.000 forint – így konkrétan a betegek öltözékébe, az idős és szociális otthonok ágyneműjébe folyik el. A közvetett szociális intézményi költség – mosás, hulladékkezelés – ennek a többszöröse.

A gondozási függőség kialakulása és időtartama mentén érdemes kitérni egy egyre égetőbb problémára is: egészségügyi tevékenység végzésére szociális intézményi kérések között. Bár ma is van lehetősége szakápolásra enge-

délyt kapnia egy szociális intézménynek, de ennek finanszírozására a jelenlegi helyzetben – jogszabályi és ágazati problémák miatt – érdemben nem látnak esélyt a szakemberek. Márpedig a mindennapi élet tapasztalata az, hogy egy bentlakásos intézményben lakó embertársunk életminősége és életkilátása annál jobb, minél több szolgáltatást és ellátást tudunk biztosítani számára helyben. Ez egyben a leginkább költséghatékony megoldás is.

nal

Kiemelkedő kórházi siker Újpesten

Kevesebb költséggel sokkal jobb kórházi ellátás

Egy egészségügyi modell sikeres helyi megvalósításában a cél nem lehet más, mint a betegellátás egyértelmű javítása és az adóforintok jobb felhasználása. A siker kulcsa most is a betegközpontúság és az egységes ápolási folyamat, valamint a személyre szabott, összköltség szemléletű ellátás megvalósítása volt.

Az inkontinencia (széklet és vizelettartás zavara) az egyik leggyakoribb és legkomolyabb ápolási feladat a fekvőbeteg intézményekben, az újpesti Károlyi Sándor Kórházban csak pelenkára évi 9,3 millió forintot költenek!

Az újpesti **Károlyi Sándor Kórházban** nemrég lezárult próba (pilot) projekt célja az inkontinencia ellátásban az életminőség pozitív megváltoztatása mind a szakdolgozók, mind pedig az ápoltak körében, az eddig rejtve maradó többletköltségek, esetleges hibaforrások feltárása, és az ellátás alacsonyabb összköltségen történő biztosítása voltak.

Ha megvizsgáljuk az inkontinencia intézményi ellátásának költségszerkezetét maga a közvetlen pelenka költség – azaz a beszerzett pelenka ára – minimális a teljes kórházi inkontinencia gondozási kiadáshoz képest. Az összköltség kétharmadát, az olyan „járulékos költségek” teszik ki, mint a nem megfelelő termékválasztás miatti gyakori pelenkacsere, vagy a szivárgás miatti ágyneműcsere és extra mosatás, valamint a bőrproblémák kezelésének költsége. A kórházakban „keletkező” használt pelenka (mivel az veszélyes hulladéknak számít) kezelési költségei már önmagukban is felülmúlják a pelenka beszerzési kiadásokat.

A munka a helyi sajátosságok felméréseivel – naponta képződött hulladék mennyisége, a szennyes textilálya súlya, inkontinencia termékek felhasználása beteg/nap alapon stb. – kezdődött. A következő héten az ápolási személyzet betanítására került sor. Ennek során a program koordinátor segítségével először elméletben, majd a gyakorlatban is elsajátították az osztály dogozói a személyre szabott inkontinencia ellátás szabályait és praktikáit. Az osztályon e területen is bevezették a keret alapú gazdálkodást, a személyre szabott ellátási tervet és a dokumentált ápolási folyamatokat.

A kapcsolódó szakmai irányelveket szem előtt tartó, a betegek valós rehabilitációs szükségletei szerint differenciáló gyakorlat megvalósításával számos kézzelfogható eredményt értek el a munkatársak az intézmény Krónikus belgyógyászati Osztályán.

Az egy betegre eső **átlagos pelenka felhasználás 10 százalékkal (3,4-ről 3,1 darab/napra) csökkent**, ezzel párhuzamosan a képződő hulladék mennyisége is 5 százalékkal mérséklődött. Egytizedével csökkent az ápolási személyzet inkontinencia ellátással töltött átlagos napi ideje is, így – a pelenkacserék számának csökkenésével együtt – a betegeket is kevesebb „vegzálás” érte.

A betegek valós szükségletei szerint differenciáló gyakorlat leglátványosabb eredménye a szivárgások csökkenése, a (nagyreszt a helytelen eszközhasználatnak köszönhető szivárgásokból) **keletkező mosodai szennyes mennyisége több mint negyedével (26%) mérséklődött a kísérlet ideje alatt.**

A konkrét számokat tekintve elmondhatjuk, hogy **az inkontinencia ellátás napi költsége ellátottanként (munkabér költség nélkül) a kísérlet előtt 1096 forint, utána viszont csak 857 forint volt, a spórolás mértéke 22%!**

Mind ezzel csak a kísérletet végző osztályon (239 HUF megtakarítás/beteg/24 óra/ => 37 betegre 1 évben) 3,2 millió forint éves megtakarítás érhető el, ha pedig az ápolási osztályokon kezelt inkontinens betegekkel számolunk (kb. 100 beteg/év), akkor az intézményi szintű megtakarítás 8,6 millió forintra is rúghat évente. A fenti gyakorlat bevezetése az ország összes fekvőbeteg és szociális ellátásban érintett intézményében összességében évi 10 milliárd forint megtakarítást eredményezne! Mi kell ehhez az eredményhez? – Mindenekelőtt szükség van egy modern inkontinencia eszköz (pelenka, betét) választásról szóló szabványra – az ISO 15621 szabványra –, és annak a következetes, rutinszerű alkalmazására a kórház beszerzésén át a betegágy melletti teendőig.

Fontos kiemelni a projektben részt vevő munkatársak szakmai áldozatkészségét, ami mindig nélkülözhetetlen, ha egy új rendszert kell kipróbálni, betanulni.

TÉ